

HỘI ĐỒNG CHỈ ĐẠO XUẤT BẢN
SÁCH XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN

LÀM MẸ AN TOÀN



NHÀ XUẤT BẢN
CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT

LÀM MẸ AN TOÀN

TRẦN THỊ PHƯƠNG MAI, PHẠM LÊ TUẤN
NGUYỄN ĐỨC HINH, ĐINH ANH TUẤN
NGUYỄN THẾ LẬP, CAO ĐĂNG NĂNG
NGUYỄN THỊ NGỌC KHANH
PHẠM THỊ HOA HỒNG
PHẠM THỊ THANH MAI

LÀM MẸ AN TOÀN

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT
Hà Nội - 2016

LỜI NHÀ XUẤT BẢN

Mang thai an toàn và sinh con khỏe mạnh, thông minh là mong muốn của hầu hết phụ nữ, đặc biệt là những người phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Để có thể thực hiện được mong muốn này, những người phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và cán bộ y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cần được trang bị những kiến thức cơ bản liên quan tới vấn đề làm mẹ an toàn. Những kiến thức đó sẽ giúp người phụ nữ biết cách tự chăm sóc bản thân trong các giai đoạn trước khi mang thai, trong khi mang thai, trong quá trình sinh nở và sau khi sinh nở; biết cách chăm sóc bé trong những giai đoạn đầu sau sinh và đặc biệt có thể nhận thức, xử trí kịp thời những tai biến, rủi ro thường gặp trong quá trình mang thai, sinh nở và sau sinh; đồng thời cũng cung cấp thêm kiến thức cho cán bộ y tế cấp cơ sở trong quá trình giúp đỡ, chăm sóc, hướng dẫn phụ nữ làm mẹ an toàn.

Là một trong tám nội dung cơ bản của công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, đồng thời cũng là một nội dung quan trọng trong chiến lược chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em trên toàn cầu, làm mẹ an toàn là các hoạt động nhằm bảo đảm sức khỏe và cuộc sống cho bà mẹ và trẻ sơ sinh, nhằm giảm tối thiểu tỷ lệ tai biến sản khoa, giảm tình trạng tử vong mẹ

và tử vong sơ sinh. Làm mẹ an toàn hiện nay đang nhận được sự quan tâm đặc biệt của Tổ chức Y tế Thế giới (WTO) và nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam.

Với mong muốn góp phần nâng cao kiến thức về làm mẹ an toàn cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và các cán bộ y tế làm công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cấp cơ sở, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia Sự thật xuất bản cuốn sách ***Làm mẹ an toàn*** do tập thể các bác sĩ giàu kinh nghiệm trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản biên soạn.

Nội dung của cuốn sách được kết cấu thành ba phần, trong đó phần thứ nhất và phần thứ hai trình bày các nội dung liên quan tới vấn đề làm mẹ an toàn trong các giai đoạn tiền mang thai và mang thai, giai đoạn chuyển dạ và ngay sau sinh; phần thứ ba phân tích các nguy cơ, tai biến thường gặp trong quá trình mang thai, chuyển dạ, ngay sau sinh và cách xử trí các nguy cơ, tai biến đó.

Mặc dù tập thể tác giả và Nhà xuất bản đã rất cố gắng, song cuốn sách khó tránh khỏi còn khiếm khuyết, Nhà xuất bản rất mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc để hoàn thiện nội dung cuốn sách trong lần xuất bản sau.

Xin giới thiệu cuốn sách cùng bạn đọc.

Tháng 8 năm 2016

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT

GIAI ĐOẠN
TIỀN MANG THAI VÀ MANG THAI

TƯ VẤN VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRƯỚC KHI MANG THAI

Sức khỏe của người phụ nữ trong thời gian mang thai phụ thuộc rất nhiều vào giai đoạn chuẩn bị trước đó. Người phụ nữ trước khi mang thai nên được tư vấn, thăm khám và chăm sóc sức khỏe nhằm giúp phát hiện những nguy cơ ảnh hưởng xấu tới thai kỳ, từ đó giúp người mẹ khỏe mạnh trong khi mang thai, sinh đẻ an toàn, con khỏe mạnh và thông minh, hạn chế những tai biến lúc mang thai và khi sinh.

1. Tư vấn trước khi mang thai

1.1. Mục đích

Tư vấn trước khi mang thai nhằm mục đích thay đổi hành vi, khuyến khích, thúc đẩy những việc cần làm cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ để chuẩn bị sức khỏe tốt trước khi mang thai. Thông qua tư vấn trước khi mang thai, người phụ nữ sẽ quyết định có mang thai hay không và mang thai vào thời điểm nào là thích hợp.

1.2. Nội dung

1.2.1. Tư vấn tiền thai

Tư vấn tiền thai phải được tiến hành trước khi người phụ nữ có thai dưới sự trợ giúp của các xét nghiệm cận lâm sàng nhằm xác định các nguyên nhân gây dị tật bẩm sinh. Có 4 nguyên nhân gây dị tật bẩm sinh:

- Nguyên nhân do di truyền: dị tật bẩm sinh do yếu tố di truyền được chia thành hai loại: do đột biến nhiễm sắc thể và đột biến đơn gen.

- Nguyên nhân do môi trường: các nhân tố độc hại của môi trường có thể tác động và gây ra dị tật bẩm sinh cho thai nhi. Có thể chia các tác nhân đó thành các nhóm sau:

+ Nhóm các tác nhân vật lý:

Chất phóng xạ có thể gây sảy thai, thai chết lưu, dị tật bẩm sinh ống thần kinh, dị tật não nhỏ, mù, lùn, ảnh hưởng đến hệ thần kinh.

Tia rơnghen, gamma, tia tử ngoại làm rối loạn sự phát triển hình thái các cơ quan của phôi thai.

+ Nhóm các tác nhân hóa học: các chất hóa học có thể gây nên các dị tật bẩm sinh như dị tật của các chi, mắt, mặt và miệng.

- Nguyên nhân do các tác nhân sinh vật học:

+ Nếu người mẹ trong khi mang thai bị nhiễm các loại virút như: cytomegalovirus, herpes symplex, HIV, lymphocytic, rubella, thủy đậu, cúm thì đứa trẻ khi sinh ra có thể mắc các dị tật bẩm sinh ở hệ thần kinh, hệ tim mạch, vôi hóa trong não, điếc, chậm phát triển trí tuệ, gan to, lách to, thiếu máu.

+ Nếu người mẹ trong khi mang thai bị nhiễm vi khuẩn, ký sinh trùng như vi khuẩn giang mai, chlamydia trachomatis, toxoplasmosis... thì đứa trẻ khi sinh ra sẽ bị vàng da, hở môi, gan to, lách to, mắt nhỏ, thiếu máu, viêm cơ tim, viêm cầu thận,...

- Nguyên nhân di truyền đa yếu tố: là nguyên nhân gây dị tật bẩm sinh có sự phối hợp giữa

nguyên nhân do di truyền và nguyên nhân do môi trường. Các dị tật bẩm sinh do nguyên nhân này gây ra thường có tính chất gia đình như dị tật bẩm sinh tim mạch, dị tật ống thần kinh, hở môi và vòm miệng, hẹp môn vị, bàn chân vẹo, trật khớp háng.

1.2.2. Tư vấn một số bệnh cần khám trước khi mang thai

a. Thiếu máu

Thiếu máu do thiếu sắt trong khi có thai là nguyên nhân trực tiếp và gián tiếp gây tử vong ở người mẹ nhiều nhất. Đối với thai nhi, người mẹ bị thiếu máu do thiếu sắt sẽ ảnh hưởng đến cân nặng gây nên trẻ nhẹ cân, suy thai và ngạt thai. Nguyên nhân gây thiếu máu ở người mẹ chủ yếu do chế độ dinh dưỡng kém, rối loạn đường tiêu hóa, mắc các bệnh về máu, phổ biến là các bệnh liên quan đến giun sán và nhiễm trùng. Để đề phòng bệnh thiếu máu thì ngay trước khi mang thai người mẹ cần thực hiện cải thiện chế độ ăn, điều trị các bệnh về đường tiêu hóa, tẩy giun....

b. Bệnh tim mạch và huyết áp cao

Trong quá trình mang thai, tim của người mẹ sẽ phải làm việc nhiều hơn vì khối lượng tuần hoàn tăng, thai phát triển đẩy cơ hoành lên cao gây khó thở, do đó người mẹ khi mang thai mà mắc các bệnh về tim mạch và huyết áp cao sẽ dẫn đến thai bị suy dinh dưỡng, đẻ non và có thể bị chết lưu. Vì vậy, trước người mẹ khi có thai, cần phải khám tim mạch và huyết áp. Nếu phát hiện bệnh tim mạch

và huyết áp cao thì cần tiến hành điều trị tích cực và khi quyết định có thai phải tuân theo sự chẩn đoán, hướng dẫn của các bác sĩ chuyên khoa.

c. Bệnh sốt rét

Người mẹ bị sốt rét trong khi mang thai sẽ gây cho thai bị thiếu máu, sảy thai, đẻ non, thai chậm phát triển và trẻ sinh ra có thể bị sốt rét bẩm sinh. Vì vậy, phải điều trị dự phòng cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ sống trong vùng có dịch sốt rét.

d. Bệnh bướu cổ

Nguyên nhân gây nên bệnh bướu cổ là do sự thiếu hụt nội tiết tuyến giáp, bệnh này thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn là nam giới. Khi có thai cần nhiều Iốt, tuyến giáp có thể to lên để bảo đảm sản xuất nội tiết theo nhu cầu của thai. Với những người đã thiếu Iốt mà không được điều trị thích hợp thì khi mang thai dễ bị sảy thai, thai chết lưu hoặc thai dễ bị các dị tật bẩm sinh như chân tay ngắn, người lùn, thoát vị rốn, kém phát triển về trí tuệ. Vì vậy, những người bị bệnh bướu cổ phải được điều trị trước khi có thai và phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ phải có chế độ ăn uống hợp lý để đề phòng bệnh bướu cổ.

Ngoài những bệnh nêu trên, còn có một số bệnh có thể ảnh hưởng tới thai nhi nên trước khi mang thai cần phải chú ý như: bệnh động kinh, bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin,...

1.2.3. Tư vấn về dinh dưỡng

Tư vấn về dinh dưỡng là một nội dung quan trọng có lợi cho sức khỏe của người phụ nữ và sự

phát triển của bào thai. Những người phụ nữ có chế độ ăn thiếu dinh dưỡng trước khi mang thai sẽ có nguy cơ sinh con nhẹ cân. Thiếu dinh dưỡng khi mang thai có thể làm thai nhi chậm phát triển, suy thai, tỷ lệ tử vong của trẻ khi sinh cao. Khi thiếu các chất phốtpho (P), magie (Mg) và các yếu tố vi lượng khác có thể dẫn đến biến dạng bộ xương và xuất hiện còi xương bẩm sinh. Đối với người mẹ thiếu dinh dưỡng sẽ không an toàn trong khi mang thai và trong khi sinh nở như làm tăng nguy cơ hội chứng tiền sản giật và sản giật, thiếu máu, băng huyết sau sinh... Do đó phụ nữ trước khi mang thai và trong quá trình mang thai cần hết sức chú ý đến chế độ dinh dưỡng trong bữa ăn hằng ngày bảo đảm cung cấp đủ năng lượng, protein, chất béo, các loại muối khoáng và sắt,...

2. Chăm sóc sức khỏe trước khi mang thai

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ cho phụ nữ trước khi mang thai. Thực hiện chế độ ăn hợp lý, đa dạng, đủ 4 nhóm thực phẩm (đạm, mỡ, đường, vitamin) nhằm đạt chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường từ 18,5-24 hoặc cân nặng ít nhất trên 40 kg trở lên.
- Uống bổ sung acid folic 400 mcg hằng ngày ít nhất trong 3 tháng trước khi mang thai và viên đa vi chất để đề phòng thiếu máu do thiếu sắt và thiếu vi chất.
- Sử dụng muối Iốt và bột canh Iốt hằng ngày.
- Tiến hành tẩy giun theo tư vấn của bác sĩ chuyên khoa.

- Tiêm vắc xin phòng uốn ván cho phụ nữ từ 15 đến 35 tuổi theo quy định.

- Nên tiêm phòng cúm, rubella cho phụ nữ trước khi có thai ít nhất 3 tháng.

- Thực hiện chế độ lao động và nghỉ ngơi hợp lý, tránh tiếp xúc với các chất độc hại.

- Khám nội khoa định kỳ hằng năm và điều trị các bệnh huyết áp, tim mạch và các bệnh kinh niên (bệnh tiểu đường và một số bệnh khác), phát hiện các yếu tố có thể ảnh hưởng đến khả năng mang thai và sinh con khỏe mạnh.

- Khám phụ khoa định kỳ 6 tháng một lần và điều trị thích hợp các bệnh phụ khoa, viêm nhiễm đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Cần trang bị kiến thức làm mẹ và kỹ năng chăm sóc con như kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ, chăm sóc vú trước khi có thai và các bệnh liên quan đến vú sau khi sinh con như vú bị cương đau, tắc tia sữa, viêm, áp xe vú.

- Khi người phụ nữ muốn có thai, có thể hướng dẫn cho họ xác định thời gian có khả năng thụ thai cao nhất theo chu kỳ kinh nguyệt, lập đồ thị biểu diễn nhiệt độ cơ thể và chú ý đến việc tiết chất nhầy âm đạo; còn người người chồng nên mặc những quần áo rộng rãi không bị chật hoặc không bị nóng thì tinh hoàn sẽ sản xuất nhiều tinh trùng, làm tăng khả năng thụ thai.

TƯ VẤN VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE KHI MANG THAI

1. Mục đích

Thực hiện tư vấn và chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ khi mang thai nhằm mục đích:

- Giúp thai phụ được khỏe mạnh để cả mẹ và con phát triển bình thường trong suốt thời kỳ thai nghén.

- Giúp phát hiện sớm các nguy cơ và tai biến có thể có trong quá trình thai nghén để kịp thời đi khám và xử lý.

- Giúp thai phụ biết cách tự theo dõi bản thân và sự phát triển của thai nhi, biết điều nên làm, nên tránh để quá trình thai nghén được an toàn ở mức cao nhất.

- Giúp cho việc sinh đẻ của thai phụ được an toàn nhất.

- Giúp thai phụ biết cách nuôi con, chăm sóc con và tự chăm sóc sức khỏe của họ, kể cả các biện pháp tránh thai sau khi sinh tốt nhất.

- Góp phần giảm tai biến trước sinh, trong sinh và sau sinh, giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh.

2. Tư vấn khi mang thai

2.1. Những nội dung tư vấn chung

- Cần nói rõ cho người mang thai biết sự cần thiết phải khám thai định kỳ. Mục đích:

+ Kiểm tra xem thai có phát triển bình thường không.

+ Xem xét cơ thể người mẹ có tương thích với quá trình mang thai không.

+ Phát hiện những nguy cơ có thể xảy ra trong quá trình thai nghén.

+ Xây dựng và lựa chọn kế hoạch chọn nơi sinh an toàn nhất.

- Cần nói rõ số lần khám thai tối thiểu (ba lần cho một kỳ thai nghén) nếu mọi điều diễn ra bình thường. Nếu có bất kỳ diễn biến bất thường thì cần phải đến cơ sở y tế chuyên khoa ngay.

- Cần nhắc thai phụ đến khám lần sau đúng hẹn.

- Cần giải thích rõ nếu sau khi khám, thai phụ biết được thai phát triển bình thường thì đó là điều mừng chứ không phải là lý do để không đến khám định kỳ lần sau.

- Cần cho thai phụ biết những dấu hiệu bất thường cần đi khám ngay vì đó là những nguy cơ có thể gây nguy hiểm cho cả mẹ và thai nhi, như: ra máu, ra nước ối, đau bụng từng cơn, có cơn đau bụng dữ dội, sốt, khó thở, nhức đầu, hoa mắt, phù nề, đi tiểu ít, tăng cân quá nhanh, thai nhi đạp yếu hay không đạp,...

- Tư vấn cho thai phụ biết rõ lợi ích của dinh dưỡng, giúp họ hiểu dinh dưỡng tốt sẽ giúp cho người mẹ: nâng cao sức đề kháng của cơ thể, không bị thiếu máu nặng khi mang thai vì khi mang thai

do khối lượng máu tăng lên nhưng trong đó phần tăng về hồng cầu không tương xứng với mức tăng về huyết tương nên người phụ nữ nào khi có thai cũng ít nhiều bị thiếu máu. Ngay khi còn trong tử cung, thai suy dinh dưỡng sẽ dễ bị sảy thai, trẻ sinh ra có thể bị chậm phát triển về trí tuệ, có tỷ lệ tử vong cao hơn so với trẻ khác.

- Tư vấn cho thai phụ biết những dấu hiệu chính của cuộc chuyển dạ, như: đau bụng từng cơn, ra chất nhày hồng,... khi đó thai phụ cần đến ngay cơ sở y tế để sinh.

2.2. Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ

- Tư vấn cho các bà mẹ biết những lợi ích của việc nuôi còn bằng sữa mẹ.

- Tư vấn cho các bà mẹ các kỹ thuật về nuôi con bằng sữa mẹ.

- Tư vấn cho các bà mẹ cách giữ gìn nguồn sữa mẹ, cách vệ sinh vú.

2.3. Tư vấn trong những hoàn cảnh đặc biệt

2.3.1. Có thai lần đầu

Khi có thai lần đầu, các thai phụ thường chưa có kinh nghiệm, thiếu kiến thức thực tế, dễ lo lắng, thậm chí sợ hãi, nhất là khi họ nghĩ đến việc sinh đẻ sau này. Những điều trên sẽ gây tâm lý không tốt cho thai phụ khi mang thai, do đó đối với người mới mang thai lần đầu, những tư vấn của cán bộ y tế có ý nghĩa rất quan trọng. Nội dung tư vấn cần tập trung vào các vấn đề sau:

- Có thai và sinh đẻ là những hiện tượng tự nhiên, bình thường.

- Cần hiểu rõ lợi ích của việc đi khám thai thường xuyên.

- Số lần khám thai định kỳ và những khi có dấu hiệu bất thường.

- Vấn đề dinh dưỡng, chế độ lao động, nghỉ ngơi và sinh hoạt, cả về sinh hoạt tình dục.

- Biết ngày dự kiến sinh để có sự chuẩn bị cho cuộc chuyển dạ (ngày sinh trong thực tế có thể dao động trước hoặc sau 2 tuần so với ngày dự kiến).

- Biết nơi dự kiến sinh (tùy theo sự lựa chọn của thai phụ, gia đình thai phụ và tình trạng thai nghén có nguy cơ cao hay không).

- Cần chuẩn bị kỹ cho việc nuôi con bằng sữa mẹ, tự chăm sóc bản thân, kể cả biện pháp tránh thai và chăm sóc con sau này.

2.3.2. Thai ngoài ý muốn (ngoài kế hoạch)

- Nếu thai phụ muốn phá thai: tạo điều kiện thực hiện và chọn thời điểm thích hợp để thủ thuật được thực hiện sớm, dễ dàng và an toàn nhất.

- Nếu thai phụ muốn giữ thai: cần tư vấn như mọi trường hợp có thai khác và nên nhấn mạnh đến vai trò, trách nhiệm của gia đình đối với lần thai nghén này.

- Dù phá thai hay giữ lại thai thì thai phụ cần phải được tư vấn về các biện pháp tránh thai để áp dụng sau này. Nếu trước lần có thai này họ vẫn đang dùng một biện pháp tránh thai nào đó (bị vỡ

kế hoạch) thì cần trao đổi kỹ và tìm ra nguyên nhân để rút kinh nghiệm về sau hoặc sử dụng biện pháp tránh thai khác hiệu quả hơn.

2.3.3. Thai ngoài giá thú

- Nếu thai còn nhỏ có thể phá được và thai phụ mong muốn được giải quyết thì cần tạo điều kiện thực hiện và bảo đảm bí mật cho họ.
- Nếu thai đã quá to không thể chỉ định phá thai được thì cần tư vấn, khuyên bảo họ yên tâm và vận động họ thực hiện tất cả các điều đã được truyền thông, tư vấn; quan tâm, tổ chức chăm sóc họ chu đáo.
- Không thành kiến với người mang thai ngoài giá thú.

2.3.4. Thai nghén của người có tiền sử hiếm muộn, sảy thai nhiều lần, thai chết lưu, thai dị tật, phải can thiệp hoặc đã từng bị tai biến trong lần sinh đẻ trước

- Cần chú ý về chế độ lao động, dinh dưỡng, vệ sinh thân thể, sinh hoạt,...
- Đối với người bị sảy thai liên tiếp nên tránh quan hệ tình dục trong 3 tháng đầu và 3 tháng cuối của thai kỳ.
- Thai phụ cần đi khám bệnh thường xuyên và cần được chăm sóc trước sinh ở các bệnh viện chuyên khoa.
- Thai phụ cần lựa chọn những nơi dự kiến sinh ở các tuyến cao hơn tuyến xã để có được sự chăm sóc tốt hơn, đặc biệt là khi xảy ra những tình huống đặc biệt.

3. Chăm sóc sức khỏe khi mang thai

3.1. Về dinh dưỡng

- Thai phụ cần phải "ăn no" và "ăn đủ chất".

+ Để ăn no, thai phụ cần tăng khẩu phần ăn lên 1/4 ít nhất so với lúc chưa có thai; có thể ăn tăng lên trong mỗi bữa hoặc có thể ăn nhiều bữa hơn. Để ăn được nhiều, cần thường xuyên thay đổi món ăn và cách chế biến.

+ Khó có thể xác định chính xác mỗi thai phụ cần bao nhiêu gam chất đạm, chất béo, tinh bột, đường,... vì thế, để ăn đủ chất, thai phụ cần ăn đầy đủ các chất đạm có trong thịt, cá, tôm, cua, ếch, trứng, sữa, các loại đậu...; các loại thức ăn chứa nhiều chất béo như dầu ăn, thịt, vừng, lạc...; các thức ăn chứa nhiều tinh bột như gạo, ngô, khoai, sắn,...; thức ăn chứa nhiều khoáng chất và vitamin như rau tươi, hoa quả các loại.

+ Cần uống đủ lượng nước cần thiết khi có thai.

Ngoài ra, đối với những thai phụ bị bệnh mãn tính cần được điều trị và theo dõi kỹ lưỡng, nếu cần có chế độ ăn kiêng thì phải thực hiện dưới sự tư vấn và theo dõi của bác sĩ chuyên khoa để cung cấp đủ chất dinh dưỡng nuôi bào thai.

3.2. Về chế độ làm việc

- Thai phụ cần làm việc theo khả năng, không làm việc quá sức. Đối với các công việc không nặng nhọc thì thai phụ có thể làm việc đến khi sinh. Đối với các công việc nặng nhọc hay độc hại như phải

tiếp xúc thường xuyên với hóa chất thì thai phụ nên tạm thời chuyển sang công việc khác trong suốt thời kỳ mang thai và nuôi con nhỏ.

- Trong thời kỳ mang thai, thai phụ không nên làm việc ở trên cao (dễ bị tai nạn) và ngâm mình dưới nước (dễ bị nhiễm lạnh, nhiễm khuẩn).

- Thực hiện chế độ nghỉ ngơi hợp lý trong thời gian làm việc.

- Vào tháng cuối trước khi sinh, thai phụ nên nghỉ ngơi để mẹ có sức, con tăng cân. Tuy nhiên thai phụ không nên thực hiện chế độ nghỉ ngơi thụ động mà cần thực hiện chế độ vận động nhẹ nhàng giúp cho máu lưu thông, tinh thần thoải mái.

- Thai phụ cần bảo đảm ngủ ít nhất 8 tiếng mỗi ngày, nếu có điều kiện nên thực hiện chế độ ngủ trưa, không được thức quá khuya hoặc dậy quá sớm.

3.3. Về vệ sinh thân thể

- Thực hiện tắm rửa, thay quần áo hằng ngày. Khi tắm tránh bị gió lùa, không tắm ở sông, suối, nhất là tắm ở nơi nước bị tù đọng (dễ bị nhiễm khuẩn và ký sinh trùng). Mùa lạnh cần tắm bằng nước ấm.

- Hằng ngày cần vệ sinh sạch sẽ bộ phận sinh dục 2 lần/ngày, không xịt nước hay cho ngón tay vào rửa âm đạo. Cần thực hiện rửa sạch bộ phận sinh dục trước khi thực hiện rửa các bộ phận khác.

- Khi có thai cần chăm sóc và lau rửa vú hằng ngày với bông hoặc khăn vải mềm. Xoa bóp, nặn, kéo núm vú đều đặn nếu núm vú bị thụt vào trong

để tạo điều kiện thuận lợi cho con bú sau này. Trong khi xoa nắn, nếu thấy bụng co cứng thì cần dừng ngay không được làm tiếp.

- Tránh tiếp xúc với người bị ốm, bị sốt do bất kỳ nguyên nhân gì để tránh lây bệnh truyền nhiễm.

- Khi bắt đầu thấy chuyển dạ nếu đủ thời gian, thai phụ nên tắm gội bằng nước ấm, thay quần áo sạch trước khi đi sinh.

3.4. Về sinh hoạt

- Tư tưởng cần thoải mái, tránh căng thẳng, lo lắng trong sinh hoạt gia đình.

- Nơi ở cần thoáng đãng, sạch sẽ, không khí trong lành, không bị ảnh hưởng của khói bếp, khói thuốc lá, thuốc lào.

- Mặc quần áo rộng rãi, thoáng mát về mùa hè, ấm áp về mùa đông. Tuyệt đối không được sưởi ấm bằng bếp than trong phòng kín.

- Về quan hệ tình dục: không phải kiêng tuyệt đối nhưng cần hạn chế, thực hiện nhẹ nhàng và có tư thế hợp lý. Đối với người có tiền sử sảy thai và đẻ non ở lần thai nghén trước thì cần hạn chế và nên kiêng hẳn trong 3 tháng đầu mang thai và 3 tháng cuối trước khi sinh.

- Khi mang thai cần hạn chế đi xa, nhất là vào những tháng cuối của thai kỳ. Nếu bắt buộc phải đi thì cần lựa chọn các phương tiện di chuyển thích hợp, an toàn, êm ái, ít xóc.

- Thai phụ cần chuẩn bị sẵn sàng các đồ dùng cần thiết cho việc sinh như áo quần, khăn mũ của

mẹ và của con, các loại khăn và giấy vệ sinh. Cần phân loại những thứ cần chuẩn bị ở nhà và những thứ cần mang theo khi đi sinh. Tất cả vật dụng mang đi sinh cần sắp xếp gọn gàng vào túi hoặc làn để khi chuyển dạ có thể mang đi nhanh nhất và đầy đủ nhất.

- Khi gần đến ngày dự kiến sinh, thai phụ không nên đi đâu xa. Nên đi khám thai lần cuối để nhận được lời khuyên của cán bộ y tế. Cần thu xếp và bố trí công việc hợp lý trước khi sinh. Cần chuẩn bị sẵn phương tiện đi lại và tiền để bất cứ khi nào thai phụ chuyển dạ có thể đưa thai phụ đến cơ sở y tế sớm nhất.

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

Chẩn đoán trước sinh là việc làm của cán bộ y tế nhằm giúp thai phụ phát hiện các bất thường của thai nhi khi còn trong tử cung.

1. Những trường hợp cần chẩn đoán trước sinh

Đối với các cặp vợ chồng trẻ, khỏe mạnh, đã từng sinh con bình thường vẫn có thể đẻ con bị dị tật. Vì vậy, nếu có điều kiện cần thực hiện chẩn đoán trước sinh cho mọi trường hợp thai nghén. Việc chẩn đoán trước sinh cần được thực hiện cho những trường hợp thai nghén có nguy cơ sau đây:

- Thai phụ tuổi từ 35 trở lên: các nghiên cứu khoa học đã cho thấy phụ nữ từ tuổi này trở đi càng lớn tuổi thì tỷ lệ sinh con bị dị tật các loại càng lớn.
- Thai phụ từng sinh con bị dị tật ở lần thai nghén trước.
- Trong gia đình có người đã sinh con dị tật, bất thường.
- Những cặp vợ chồng có nguy cơ do tiếp xúc với hóa chất độc hại như chất dioxin trong chiến tranh, thuốc trừ sâu, thuốc diệt cỏ, các thuốc uống có thể gây dị tật cho thai (thuốc an thần), thuốc hoặc tia xạ chữa ung thư,...

...

2. Các phương pháp chính để phát hiện dị tật thai nhi

- Sàng lọc bằng siêu âm ít nhất 3 lần với các tuổi thai như sau:

+ Lần đầu: tuổi thai từ 11-13 tuần.

+ Lần hai: tuổi thai từ 18-22 tuần.

+ Lần ba: tuổi thai từ 28-32 tuần.

Với ba lần siêu âm chẩn đoán như thế, có thể phát hiện hầu hết các dị tật bẩm sinh cả trong nội tạng và bên ngoài như bệnh tim bẩm sinh, đảo ngược phủ tạng, thoát vị cơ hoành, não úng thủy, thoát vị rốn, thoát vị bàng quang, sứt môi, tay chân khoèo,...

- Chọc hút nước ối khi tuổi thai trên dưới 20 tuần để xét nghiệm sinh hóa, nuôi cấy tế bào làm nhiễm sắc đồ phát hiện các bệnh di truyền hoặc rối loạn nhiễm sắc thể,...

- Sinh thiết gai rau.

QUY TRÌNH KHÁM THAI

Khám thai là một hoạt động chăm sóc sức khỏe sinh sản quan trọng, nếu thực hiện đầy đủ nội dung quy định của khám thai sẽ mang lại hiệu quả cao đối với sức khỏe bà mẹ và thai nhi. ở đây xin giới thiệu 9 bước cơ bản trong quy trình khám thai mà cán bộ y tế tuyến cơ sở cần thực hiện.

1. Hỏi

- Hỏi về bản thân: họ và tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, dân tộc, trình độ văn hóa, tôn giáo, điều kiện kinh tế gia đình...

- Hỏi về sức khỏe:

+ Hỏi về mắc bệnh gì: nếu có thì cần tìm hiểu kỹ xem mắc từ bao giờ, diễn biến thế nào, đã điều trị như thế nào, kết quả điều trị, có ảnh hưởng gì đến sức khỏe, có đang dùng thuốc gì không.

+ Hỏi về tiền sử mắc bệnh gì: lưu ý là những bệnh phải nằm viện, phải phẫu thuật, phải truyền máu; các tai nạn, dị ứng; có nghiện rượu, thuốc lá, ma túy hay không, các bệnh đặc biệt như tiểu đường, tim mạch, tâm thần, nội tiết, rối loạn đông máu,...

+ Hỏi về gia đình: sức khỏe của chồng, của bố mẹ, anh chị có ai mắc bệnh truyền nhiễm, ung thư, tim mạch, cao huyết áp, tiểu đường, tâm thần, lao,... hay không.

+ Hỏi về kinh nguyệt: có kinh lần đầu năm bao nhiêu tuổi, chu kỳ, số ngày, số lượng, màu sắc. Kinh cuối từ ngày nào đến ngày nào.

+ Hỏi về tiền sử hôn nhân, hoạt động tình dục và đánh giá nguy cơ lây nhiễm bệnh qua đường tình dục: lấy chồng năm bao nhiêu tuổi, hôn nhân lần thứ mấy, sức khỏe và nghề nghiệp của người chồng.

+ Hỏi về tiền sử sản khoa: đã có thai bao nhiêu lần, với những lần có thai trước cần tìm hiểu kỹ nơi đẻ, thời gian chuyển dạ, đẻ thường hay đẻ mổ, cân nặng của bé, giới tính,...

+ Hỏi về tiền sử phụ khoa: có điều trị vô sinh, điều trị nội tiết, có các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục, các khối u phụ khoa, các phẫu thuật phụ khoa hay không.

+ Hỏi về các biện pháp tránh thai đã sử dụng.

+ Hỏi về lần mang thai hiện tại: cán bộ y tế khi hỏi cần cung cấp thông tin cho thai phụ biết quá trình mang thai diễn ra như thế nào, thế nào là bình thường, thế nào là không bình thường và cần đi khám ngay.

2. Khám toàn thân

- Đo chiều cao.

- Đo cân nặng: cho mọi lần khám thai, nếu có thể thai phụ nên tự cân hàng tuần để theo dõi sức khỏe, ghi kết quả vào phiếu khám.

- Khám da, niêm mạc, đánh giá xem có hiện tượng phù hoặc thiếu máu hay không (cho mỗi lần khám thai).

- Đo huyết áp (cho mỗi lần khám thai).

- Khám tim phổi (cho mỗi lần khám thai).

- Khám vú.

- Khám các bộ phận khác khi có dấu hiệu bất thường, như: da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, tăng phản xạ đầu gối...

3. Khám sản khoa

3.1. Ba tháng đầu

- Nắn trên mu xem đã thấy đáy tử cung chưa.

- Xem có vết sẹo phẫu thuật bụng dưới hay không.

- Đặt mỏ vịt xem cổ tử cung có viêm hay không nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục.

- Chỉ khám âm đạo nếu các dấu hiệu có thai chưa rõ, cần xác định thêm.

- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 1 (khi thai khoảng 11 - 13 tuần) để xác định tuổi thai.

3.2. Ba tháng giữa

- Đo chiều cao tử cung.

- Nghe tim thai khi đáy tử cung đã đến rốn (tốt nhất là bằng máy nghe tim thai nếu có).

- Theo dõi cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối.

- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 2 (khi thai khoảng 20 - 24 tuần).

- Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục nên quan sát âm đạo, cổ tử cung qua đặt mỏ vịt.

3.3. Ba tháng cuối

- Đo khung chậu ngoài.

- Đo chiều cao tử cung/vòng bụng để kiểm tra sự phát triển của thai.

- Nắn ngôi thế, đặc biệt từ lúc thai được 36 tuần tuổi vì lúc này ngôi thai đã thuận.

- Nghe tim thai, nghe dễ nhất ở bên có lưng thai từ tuần thứ 20 trở đi.

- Đánh giá độ xuống của đầu (trong vòng 1 tháng trước dự kiến đẻ).

- Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối.

- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 3 khi tuổi thai 30 - 32 tuần.

- Khi nằm nghỉ, ngủ nên nằm nghiêng và tốt hơn hết là nằm nghiêng bên trái, hai chân kê gối hơi cao nếu có phù chân do ứ đọng.

- Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục cần quan sát âm đạo, cổ tử cung qua đặt mỏ vịt.

4. Tiến hành các xét nghiệm cần thiết

4.1. Thử protein nước tiểu

- Lấy nước tiểu buổi sáng, giữa dòng.

- Dùng que thử protein (so với gam màu mẫu) hoặc dùng phương pháp đốt.

- Thử nước tiểu cần làm cho mọi thai phụ vào mỗi lần khám thai.

- Nếu có sẵn que thử, nên hướng dẫn thai phụ tự làm.

4.2. Thử huyết sắc tố

- Thử huyết sắc tố bằng giấy thử.

- Nếu tại tuyến huyện, xã có trang bị phải thử thêm hematocrit.

5. Tiêm phòng uốn ván

Khi khám thai lần đầu cần đánh giá xem thai phụ đã được miễn dịch đối với uốn ván như thế nào và cần bổ sung hoặc tiêm mới hoàn toàn. Các lần khám thai tiếp phải kiểm tra xem việc hẹn tiêm phòng có được thực hiện đầy đủ hay không.

- Với người chưa tiêm phòng uốn ván lần nào: tiêm mũi đầu khi phát hiện thai nghén ở bất kỳ tháng nào; tiếp theo tiêm mũi thứ hai sau mũi tiêm đầu ít nhất 1 tháng và phải cách thời gian dự kiến đẻ ít nhất 1 tháng.

- Với những người đã tiêm đủ 2 mũi trong lần thai nghén trước, nếu:

+ Khoảng cách từ lần tiêm trước đến lần tiêm này dưới 5 năm: tiêm 1 mũi.

+ Khoảng cách từ lần tiêm trước đến lần tiêm này trên 5 năm: tiêm 2 mũi.

- Với người đã tiêm 3 mũi hoặc 4 mũi, cần tiêm nhắc lại 1 mũi.

- Với người đã tiêm đủ 5 mũi phòng uốn ván theo đúng lịch, nếu mũi tiêm cuối cùng cách lần tiêm này 10 năm trở lên thì nên tiêm thêm 1 mũi nhắc lại.

6. Cung cấp thuốc thiết yếu

- Thuốc sốt rét (cung cấp cho thai phụ sống trong vùng có dịch sốt rét lưu hành) theo phác đồ quy định của ngành y tế để dự phòng và điều trị.

- Iốt cần được cung cấp cho những thai phụ sống trong những vùng thiếu Iốt.

- Viên sắt/ acid folic:

+ Uống ngày 1 viên trong suốt thời gian có thai đến hết 6 tuần sau đẻ. Tối thiểu uống trước đẻ 90 ngày.

+ Nếu thai phụ có biểu hiện thiếu máu rõ, có thể tăng từ liều dự phòng lên liều điều trị 2 - 3 viên/ngày.

+ Việc cung cấp viên sắt/acid folic cần được thực hiện ngay từ lần khám thai đầu tiên. Kiểm tra việc sử dụng thuốc và cung cấp tiếp trong các lần khám thai sau.

7. Giáo dục sức khỏe

7.1. Dinh dưỡng

Chế độ ăn khi có thai.

- Khẩu phần ăn tăng ít nhất 1/4 (tăng số bữa ăn và số lượng cơm, thức ăn trong mỗi bữa).
- Tăng chất: bảo đảm cho sự phát triển của mẹ và con (thịt, cá, tôm, sữa, trứng, đậu, lạc, vừng, dầu ăn, rau quả tươi).
- Không nên ăn mặn, nên thay đổi món để ngon miệng.
- Không hút thuốc lá, uống rượu.
- Không uống thuốc nếu không có chỉ định của thầy thuốc.
- Tránh táo bón bằng chế độ ăn hợp lý, không nên dùng thuốc chống táo bón.

7.2. Chế độ làm việc khi có thai

- Làm theo khả năng, xen kẽ nghỉ ngơi, không làm việc quá nặng nhọc, tránh làm ban đêm (nhất là từ tháng thứ bảy của thai kỳ).

- Không làm việc vào tháng cuối của thai kỳ để bảo đảm sức khỏe cho mẹ và để con tăng cân.

- Không mang vác nặng trên đầu, trên vai.

- Không để kiệt sức.

- Không làm việc dưới nước hoặc trên cao.

- Không tiếp xúc với các yếu tố độc hại.

- Tránh đi xa, tránh xóc xe hay va chạm mạnh.

- Quan hệ tình dục thận trọng.

7.3. Vệ sinh khi có thai

- Nhà ở phải thoáng khí, sạch sẽ, tránh ẩm, nóng, khói.

- Mặc quần áo rộng và thoáng.

- Tắm rửa thường xuyên, giữ sạch vú và bộ phận sinh dục hằng ngày.

- Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng.

- Ngủ ít nhất 8 giờ mỗi ngày. Chú trọng ngủ trưa.

- Tránh bơm rửa trong âm đạo.

8. Ghi chép sổ, phiếu khám thai, phiếu hẹn

- Ghi sổ khám thai: nếu là lần khám đầu ghi đủ tất cả các mục trong 26 cột của sổ khám. Nếu là lần khám sau chỉ ghi những mục đã hỏi và khám (một số mục như tên, tuổi, tiền sử bệnh... không cần ghi lại).

- Ghi vào phiếu *Theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh tại nhà* (phần theo dõi, khám thai) hoặc vào *phiếu khám thai* thông thường đang sử dụng ở các cơ sở khám bệnh.

- Khi ghi phiếu khám, ngoài tình hình thai phụ và các số liệu thăm khám đo đạc được, nhất thiết phải ghi lại kết quả đánh giá về lần khám thai đó,

các dấu hiệu quan trọng thai phụ cần tự theo dõi, tên thuốc và liều dùng, cách dùng (nếu cần thiết) và thời gian hẹn tái khám.

- Tại xã, nếu dùng *Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh tại nhà* thì phải ghi lại trên phiếu thứ hai lưu ở trạm và để phiếu lưu này vào ngăn (hộp, hay túi) luân chuyển phiếu khám vào đúng ô có tháng quy định của lần khám sau. Nếu chỉ có phiếu khám thai đưa cho thai phụ lưu giữ thì viết thêm phiếu hẹn cho thai phụ và đặt phiếu này vào ô của tháng đã hẹn đến khám tiếp.

- Ở trạm y tế xã, ghi phiếu con tôm ngay từ lần khám đầu tiên gắn lên bảng *Quản lý thai*. Trong những lần khám sau nếu phát hiện thai nghén có nguy cơ thì đánh dấu thêm vào phiếu đó.

9. Kết luận và dặn dò

- Thông báo cho thai phụ biết kết quả khám thai có bình thường hay không, tình trạng mẹ và thai nhi phát triển thế nào, cần lưu ý những điểm gì trong thời gian từ sau khi khám đến lần khám tiếp theo.

Ở xã, khi khám mà phát hiện những dấu hiệu bất thường, cần giải thích và hướng dẫn chu đáo cho thai phụ đi khám hội chẩn ở tuyến trên.

- Cung cấp thuốc thiết yếu và hướng dẫn cách dùng (nếu cần thiết).

- Dặn dò.

9.1. Với thai ba tháng đầu

- Hẹn tiêm phòng uốn ván.

- Hẹn khám lần 2.

- Thông báo cơ sở y tế gần nhà nhất để nếu cần thì tới.

9.2. Với thai ba tháng giữa

- Hẹn khám lần sau.

- Hẹn tiêm phòng uốn ván (nếu chưa tiêm đủ).

9.3. Với thai ba tháng cuối

- Hẹn khám tiếp (nếu có yêu cầu).

- Dự kiến ngày sinh, nơi sinh.

- Hướng dẫn chuẩn bị các đồ dùng cho mẹ và bé khi đi đẻ, chuẩn bị người hỗ trợ và cho máu nếu cần thiết.

- Hướng dẫn các dấu hiệu báo động cần đi khám ngay như đau bụng, ra huyết và phù nề.

- Hướng dẫn cách nằm, cách thở khi chuyển dạ và rặn đẻ.

- Hướng dẫn cho con bú ngay sau khi đẻ và chăm sóc trẻ sơ sinh. Trước khi kết thúc cuộc khám, nên đề nghị thai phụ nhắc lại một số kết luận và dặn dò quan trọng xem họ có hiểu và nhớ đúng hay không.

QUẢN LÝ THAI

Quản lý thai là các biện pháp giúp cán bộ y tế cấp xã nắm chắc số người có thai trong từng thôn xóm, trong đó ai có thai bình thường, ai có thai có nguy cơ cao, việc khám thai của thai phụ thế nào; hằng tháng sẽ có bao nhiêu người đẻ tại trạm hoặc phải đẻ ở tuyến trên; theo dõi, chăm sóc bà mẹ khi sinh đẻ và sau đẻ cho tới hết thời kỳ hậu sản.

Quản lý thai là một trong những công việc quan trọng nhất góp phần bảo vệ sức khỏe sinh sản cho mọi gia đình, giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ của y tế tuyến xã, phường, thị trấn.

Bốn công cụ được sử dụng cho công tác quản lý thai là:

- Sổ khám thai.
- Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà hoặc phiếu khám thai.
- Bảng quản lý thai sản (hay Bảng con tôm).
- Hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn.

1. Sổ khám thai

- Sổ khám thai là sổ ghi tên, tuổi, địa chỉ... và các dữ kiện phát hiện được trong mỗi lần khám thai cho thai phụ. Sổ khám thai cũng đồng thời là sổ đăng ký thai nghén khi người phụ nữ được khám thai lần đầu.
- Sổ khám thai giúp cán bộ y tế nắm bắt được diễn biến quá trình thai nghén và tình hình cụ thể

của mỗi lần khám trong suốt quá trình mang thai của thai phụ.

- Sổ khám thai theo mẫu của Bộ Y tế hiện nay có tất cả 26 cột dọc.

- Trong lần khám đầu tiên (lần đăng ký) hầu hết các cột phải được ghi đầy đủ (trừ trường hợp chưa có dấu hiệu hay triệu chứng nào đó, ví dụ: chiều cao tử cung, tim thai...).

- Số thứ tự (cột dọc số 1) trong sổ khám thai là số người khám (trong từng tháng hay tính từ đầu năm tùy quy định của mỗi địa phương).

- Sau lần khám đầu tiên cho mỗi thai phụ, dành ra 3 - 5 dòng (hoặc nhiều hơn tùy cơ sở) để ghi các dữ kiện cho các lần khám sau. Như vậy, trong lần khám sau không phải ghi lại các mục tên, tuổi, tiền sử... (vì đã ghi từ lần khám đầu) và chỉ ghi những tình hình, số liệu thu nhận được khi khám thai mỗi lần đó.

- Đếm số dòng ngang sẽ biết được số lần khám thai của mỗi thai phụ.

- Sổ khám thai phải được ghi chép đầy đủ, trung thực, giữ gìn sạch sẽ, bảo đảm bí mật đối với thai phụ và gia đình thai phụ.

2. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà hoặc phiếu khám thai

2.1. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà là một quyển sổ tổng hợp nhiều chi tiết để cán bộ y tế tất cả các tuyến theo dõi và ghi chép tại đó mỗi lần người phụ nữ được thăm khám (kể cả khám thai và sinh đẻ), trong đó có các phần chính như sau:

- Phần bản thân: ghi những yếu tố chính về bản thân như: họ và tên, ngày sinh, địa chỉ, số đăng ký...

- Phần tiền sử sản khoa: khi đăng ký ghi phiếu này, nếu loại tiền sử nào không có thì ghi chữ "Không" hoặc đánh dấu vào ô trắng; nếu loại tiền sử nào có thì ghi chữ "Có" hoặc đánh dấu vào ô có màu.

- Phần chăm sóc thai nghén hiện tại: để ghi các dữ kiện về từng lần khám thai (có 3 hoặc 5 cột dọc dành cho 3 - 5 lần khám trong suốt quá trình thai nghén). Mỗi dữ kiện phát hiện khi khám thai nếu bình thường thì ghi vào ô trắng; nếu bất thường ghi vào ô có màu.

Thai phụ nào trong tiền sử sản khoa và trong phần chăm sóc thai nghén tình trạng được ghi ở ô có màu có từ một dấu hiệu trở lên thì thai phụ đó thuộc nhóm thai nghén có nguy cơ cao, cần được theo dõi và quan tâm đặc biệt, nếu cần phải gửi đi khám hội chẩn ở tuyến trên và không được chỉ định đẻ ở tuyến xã để tránh tai biến có thể xảy ra. Ngoài ra, phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà còn có phần theo dõi các diễn biến chuyển dạ, việc sinh đẻ, tình trạng trẻ sơ sinh và diễn biến của sản phụ trong 6 tuần sau sinh; phần kế hoạch hóa gia đình sau đẻ và phần lời khuyên của cán bộ y tế.

Như vậy, tại những nơi đang sử dụng phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà thì phiếu này cũng chính là phiếu để cán bộ y tế ghi kết quả mỗi lần khám thai của thai phụ tại phần Chăm sóc thai nghén hiện tại.

Cách sử dụng:

- Phiếu được lập cho phụ nữ từ tuổi 15 đến 49. Sau 49 tuổi, phiếu không được sử dụng nữa.

- Khi có thai, phiếu này sẽ là phiếu theo dõi khám thai định kỳ theo hẹn của cán bộ y tế.

- Phiếu sẽ được lập hai bản ghi giống hệt nhau cho mỗi phụ nữ; một phiếu trao cho thai phụ giữ để biết ngày hẹn khám lần sau hoặc để đi khám bất kỳ lúc nào và ở bất kỳ cơ sở y tế nào khác; phiếu còn lại để lưu tại trạm (khi chưa có thai thì lưu ở các ô trong tủ hồ sơ phân loại theo thôn xóm; khi có thai thì lưu phiếu này trong hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn).

2.2. Phiếu khám thai

Ở những nơi chưa thực hiện được việc lập phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà thì dùng phiếu khám thai, trong đó có phần ghi tên tuổi, tiền sử và các cột để ghi các dữ kiện thăm khám và dặn dò thai phụ mỗi lần khám thai. Mẫu phiếu này có thể không giống nhau về thiết kế tùy từng địa phương nhưng nói chung đều có những mục cần thiết để có thể theo dõi, đánh giá quá trình thai nghén. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà hay phiếu khám thai đều có tác dụng ghi lại những dữ kiện đã phát hiện khi khám thai, nhắc nhở thai phụ đến khám lại lần sau đúng hẹn và ghi lại những lời dặn dò hoặc hướng dẫn về dinh dưỡng, nghỉ ngơi hay cách dùng thuốc... dành cho thai phụ.

3. Bảng quản lý thai sản (Bảng con tôm)

Bảng quản lý thai sản là một bảng lớn treo tường có gắn mẩu bìa nhỏ ghi các thông tin về

thai phụ vào tháng dự kiến đẻ của thai phụ đó. Mẩu bìa này thường gọi là “con tôm”.

- Bảng có 13 cột dọc, trong đó cột đầu tiên là tên thôn (xóm), 12 cột sau là các tháng ghi từ tháng 1 đến tháng 12.

- Các ô ngang dành cho mỗi thôn (xóm) một ô. Xã có nhiều thôn thì số ô ngang phải nhiều để đủ số thôn trong xã.

- Phần cuối của bảng quản lý thai sản là các ô “Sau đẻ”. Sau khi sản phụ đã đẻ thì con tôm ghi các thông tin về sản phụ đó được gỡ ra chuyển xuống đây theo dõi, chăm sóc sau đẻ.

Mỗi “con tôm” được ghi sáu thông tin chính là: họ và tên, tuổi, PARA, số đăng ký thai, ngày kinh cuối cùng, ngày sinh dự kiến. Thường dùng tôm màu xanh cho trường hợp thai phụ chưa sinh lần nào (thai con so); tôm màu vàng cho thai phụ sẽ sinh lần thứ 2 và tôm màu đỏ cho thai phụ sẽ sinh từ lần thứ 3 trở lên. Ngoài ra, nếu là trường hợp thai nghén có nguy cơ cao thì đánh một dấu hoa thị ở góc mẩu bìa.

- Tôm sẽ được gắn (hay dán) vào một ô nằm trong tháng dự kiến sinh của thai phụ, phù hợp với ô có vị trí thôn (xóm) nơi thai phụ đang cư trú.

- Bảng quản lý thai sản giúp cho cán bộ y tế xã biết được:

+ Số sản phụ dự kiến sẽ sinh mỗi tháng (và cả số có nguy cơ cao trong thai nghén). Trên cơ sở đó chủ động có kế hoạch chuẩn bị chu đáo cho việc sinh đẻ của phụ nữ trong xã (nhất là vào những tháng có thể xảy ra thiên tai, bão lụt).

+ Tình hình thực hiện kế hoạch hóa gia đình của toàn xã (thông qua số tôm màu xanh, vàng, đỏ).

+ Phát hiện kịp thời số sản phụ có thai quá hạn, hoặc đã sinh ở nơi khác... (khi đến hết tháng mà "con tôm" vẫn còn nằm tại chỗ chưa được chuyển xuống dưới).

+ Nắm chắc số lượng sản phụ đã đẻ để có kế hoạch thăm cả mẹ và con tại nhà.

4. Hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn

- Hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn là công cụ giúp cán bộ y tế xã biết thai phụ có được khám thai định kỳ theo đúng hẹn của trạm hay không.

- Công cụ là một hộp bằng gỗ hay bằng giấy có 12 ngăn, tương đương 12 tháng, đánh số từ 1 đến 12. Không có hộp thì thay bằng túi nilon, bên ngoài túi ghi tên tháng.

- Thai phụ đến khám vào tháng nào thì tìm phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà của thai phụ đó ở trong ngăn (túi) của tháng đó. Sau khi khám xong, hẹn ngày đến khám lần sau vào tháng nào thì để phiếu lưu vào ngăn (túi) của tháng đó.

- Trường hợp đến hết tháng mà trong ngăn (túi) vẫn còn lại phiếu có nghĩa là người được hẹn theo phiếu đó đã không đến khám và cán bộ y tế phải tìm hiểu nguyên nhân.

- Trường hợp không có phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà thì viết vào phiếu hẹn để vào các ngăn (túi) đó.

GIAI ĐOẠN
CHUYỂN DẠ VÀ NGAY SAU SINH

TƯ VẤN CHO SẢN PHỤ VÀ GIA ĐÌNH SẢN PHỤ TRONG CHUYỂN DẠ, NGAY SAU SINH VÀ TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

Chuyển dạ là thời kỳ kết thúc quá trình mang thai, diễn ra trong nhiều giờ, bao gồm giai đoạn xóa mở cổ tử cung, giai đoạn đẻ thai và giai đoạn bong nhau, sổ nhau. Giai đoạn chuyển dạ và những ngày đầu sau sinh là thời kỳ có nhiều nguy cơ nhất đối với sức khỏe, tính mạng bà mẹ và thai nhi do tai biến nhiều khi không lường hết trước được. Vì thế, việc tư vấn cho sản phụ trong chuyển dạ và ngay sau sinh là việc làm hết sức cần thiết, giúp cho họ giảm nỗi lo sợ, dễ dàng vượt qua thời kỳ này.

1. Tư vấn trong chuyển dạ

1.1. Nguyên tắc chung

- Động viên để sản phụ bớt lo âu.

- Lắng nghe những điều khiến bản thân sản phụ và gia đình lo lắng.

- Thông cảm và tôn trọng những truyền thống văn hóa và tôn giáo của sản phụ. Tuyệt đối không được bày tỏ thái độ phản ứng, gắt gỏng, chê bai hay coi thường.

- Nói cho sản phụ và gia đình biết những điều có thể xảy ra, giúp cho sản phụ hiểu về tình trạng của sản phụ và cách xử trí để làm giảm sự lo âu và giúp họ chuẩn bị trước cho những tình huống có thể xảy ra. Nếu có lý do bất thường nào cần sự

can thiệp trong lúc sinh (thủ thuật, phẫu thuật) cần thông báo cho sản phụ và gia đình họ biết và bàn bạc, thuyết phục họ chấp nhận.

- Giải thích cho sản phụ và gia đình về những tai biến có thể gặp khi chuyển dạ, nhất là khi bàn bạc với họ về chỉ định chuyên môn để xử trí trường hợp cụ thể đó. Tuyệt đối không được lợi dụng các tai biến để đe dọa, ép buộc sản phụ và gia đình chấp nhận một chỉ định chuyên môn.

1.2. Nội dung

Thời gian từ khi bắt đầu chuyển dạ đến lúc sinh con là khoảng thời gian lâu nhất trong quá trình chuyển dạ, có thể từ 12 đến 16 tiếng; chính vì thế trong khoảng thời gian này và đặc biệt là càng gần lúc sinh sản phụ càng cảm thấy mệt mỏi, đau đớn, lo âu và sợ hãi. Vì vậy, công tác tư vấn cho sản phụ và gia đình sản phụ trong chuyển dạ cần phải:

- Thường xuyên cung cấp thông tin qua mỗi lần khám để sản phụ yên tâm chờ đợi, hi vọng.

- Thông tin cho sản phụ về cuộc đẻ sẽ diễn ra bình thường hay đẻ khó.

- Giúp đỡ, động viên sản phụ để giảm bớt lo lắng.

- Hướng dẫn sản phụ vận động, đi lại trong phòng (tự đi hay có người dìu đi), các động tác để biết cách thở đều, thở sâu (khi không có cơn co), thở nhanh, mạnh kết hợp xoa vùng xương cùng - cụt (khi đau do cơn co), cách nín hơi, rặn đẻ và cách thổi ra khi không được rặn nữa...

- Nếu có gì khó khăn, bất thường cần thông báo cho sản phụ và gia đình biết để họ an tâm và tin vào cách thức chăm sóc, xử trí của cán bộ y tế.

- Nếu có thể, khuyến khích người thân hoặc bạn bè sản phụ trực tiếp vào chăm sóc sản phụ, đặc biệt về tinh thần.

2. Tư vấn ngay sau khi sinh

- Cung cấp thông tin về cuộc đẻ và tình trạng sơ sinh, chia sẻ với sản phụ niềm vui và hỗ trợ tình cảm cho sản phụ nhất là trong những trường hợp có vấn đề bất thường. Cho sản phụ tiếp xúc với con mới sinh càng sớm càng tốt.

- Tôn trọng lòng tin truyền thống, phong tục tập quán, giúp đỡ những gì sản phụ và gia đình cần. Tuy nhiên, cũng cần giải thích cho sản phụ và gia đình hiểu những việc làm không có lợi cho mẹ và con như không cho bé bú ngay sau sinh, vắt bỏ sữa non, cho bé uống mật ong hay nước cam thảo...

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình về cách theo dõi và chăm sóc sau sinh cho cả mẹ và con. Nhấn mạnh đến việc phát hiện băng huyết của sản phụ, tình trạng ngạt và hạ thân nhiệt của trẻ sơ sinh trong những giờ đầu.

- Hướng dẫn cho sản phụ cách cho con bú ngay sau sinh và cách nuôi con bằng sữa mẹ.

- Giải thích những diễn biến bình thường của sản phụ trong những ngày sau đẻ như cơn đau do tử cung co rút, sự thay đổi của sản dịch, xuống sữa, tình trạng đại, tiểu tiện. Ngoài ra, cũng cần

cung cấp thông tin cho sản phụ biết những dấu hiệu bất thường có thể xảy ra ở mẹ và con như sốt, sưng nề, nhìn mờ, ra sản dịch hôi ở mẹ, cuống rốn hôi hoặc chảy máu, sưng đau cuống rốn của con, bé bú yếu, li bì,... nhằm giúp bà mẹ sớm phát hiện các triệu chứng bất thường này để đi khám.

- Lắng nghe, hiểu cặn kẽ và tôn trọng nỗi xúc động của sản phụ.

3. Tư vấn trong các trường hợp đặc biệt

3.1. Sản phụ gặp biến chứng

- Phải tỏ thái độ thông cảm với nỗi lo lắng của sản phụ và gia đình họ. Không được buông xuôi, đổ lỗi hết cho gia đình sản phụ mà phải tập trung vào cứu chữa tích cực.
- Phải giải thích cho sản phụ và gia đình sản phụ biết các diễn biến có thể gặp phải trước mắt cũng như sau này.
- Phải có chương trình chăm sóc, thăm hỏi.

3.2. Sản phụ trong tình trạng nguy kịch

- Phải bình tĩnh và khẩn trương, huy động mọi người chăm sóc và điều trị tích cực ở mọi thời điểm. Thường xuyên thông báo cho gia đình sản phụ biết tình trạng đang diễn ra và cả tiên lượng cũng như các biện pháp cấp cứu đã được sử dụng.
- Nếu tử vong không thể tránh được, cần an ủi và chia sẻ nỗi đau với gia đình sản phụ. Giải thích cho gia đình sản phụ biết lý do tử vong và trả lời những câu hỏi thắc mắc.

- Hỗ trợ mai táng cho gia đình sản phụ nếu có thể và trong tang lễ nên có người đại diện cơ sở y tế đến phúng viếng, chia buồn với gia đình sản phụ.

3.3. Trẻ sơ sinh tử vong

- Nếu tử vong trong tử cung: cần phải giải thích cho sản phụ và gia đình sản phụ biết nguyên nhân dẫn đến cái chết của trẻ (suy thai, sa dây rốn, thai quá hạn, thai dị dạng, bệnh lý của mẹ,...).

- An ủi sản phụ và gia đình sản phụ để họ chấp nhận sự mất mát.

- Cho phép sản phụ và gia đình ở cạnh bé để họ nhận đứa con nếu họ yêu cầu.

- Không nên để sản phụ có con vừa tử vong nằm chung phòng với sản phụ có con khỏe mạnh.

- Nếu phải tiến hành các thủ thuật trên đứa trẻ (như trong trường hợp chọc sọ), không để người mẹ nhìn thấy (nếu người mẹ và gia đình vẫn muốn nhìn mặt con thì cần dùng chăn bọc, che các phần tổn thương, lau sạch máu, dịch bám trên da rồi mới đưa ra).

- Trao đổi với sản phụ và gia đình sản phụ các biện pháp dự phòng trong tương lai.

3.4. Trẻ sơ sinh dị dạng

- Cần thông báo cho sản phụ và gia đình sản phụ về sự việc này ngay sau khi sinh và chỉ cho phép vợ chồng sản phụ thấy các dị dạng của cháu nếu có yêu cầu.

- Trong trường hợp cháu bé bị dị dạng quá nhiều thì quấn cháu trong chăn để cho mẹ nhìn

thấy cháu trước và sau đó mới nói rõ tình trạng dị dạng.

- Không bắt bà mẹ kiểm tra dị dạng.

- Thảo luận với sản phụ và gia đình sản phụ về trường hợp dị dạng, hướng xử trí dị dạng (cho đi khám ở đâu, có thể mổ vào giai đoạn nào) và trả lời các câu hỏi của sản phụ và gia đình, cần thận trọng trong khi trả lời.

- Khuyến khích gia đình sản phụ tiếp xúc và chăm sóc bé. Nếu bà mẹ chưa muốn thì không ép buộc, nên tư vấn thuyết phục đến khi họ chấp nhận.

3.5. Suy sụp tâm lý sau sinh

- Cần động viên và giúp đỡ sản phụ và gia đình sản phụ về tâm lý, đặc biệt khi con tử vong hoặc dị dạng, giới tính của con không phù hợp với nguyện vọng.

- Lắng nghe tâm tư của sản phụ mà không phán xét và cần giúp sản phụ tự tin hơn với vai trò làm mẹ. Động viên người chồng giúp đỡ vợ. Khuyến khích họ nói chuyện với các sản phụ khác để được hỗ trợ thêm.

- Nếu tổn thương tâm lý nặng, thái độ và sự chăm sóc tận tình của cán bộ y tế không có tác dụng thì nên cho thai phụ uống thuốc an thần, giảm đau hoặc chuyển lên tuyến trên.

TIÊN LƯỢNG
MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ

Tiên lượng một cuộc chuyển dạ là sự dự đoán của cán bộ y tế khi thăm khám cho một sản phụ từ lúc có thai hoặc khi chuyển dạ xem liệu có khó khăn hay có tai biến gì có thể xảy ra cho mẹ và con trong quá trình chuyển dạ và sinh đẻ hay không. Muốn tiên lượng được một cuộc chuyển dạ, cần phải dựa vào các dấu hiệu, triệu chứng phát hiện được khi thăm khám bao gồm các phần: hỏi tiền sử, khám thực thể toàn thân, khám sản khoa và các xét nghiệm đã được làm từ trước đó hoặc trong lần khám hiện tại. Những dấu hiệu, triệu chứng qua phần hỏi, khám và xét nghiệm sẽ cho biết cuộc chuyển dạ và sinh đẻ có thể diễn ra bình thường hay không, có thể gợi ý về một điều bất thường hoặc một tai biến nào đó có thể xảy ra trong chuyển dạ và sinh đẻ. Những dấu hiệu và triệu chứng đó được gọi là các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ.

1. Các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ

Đây là những dấu hiệu, những triệu chứng thể hiện trong quá trình mang thai và quá trình theo dõi chuyển dạ, cần phải khám xét thật kỹ lưỡng để tiên lượng và có phương án xử trí ngay tại tuyến xã hoặc chuyển lên tuyến trên. Cũng cần nói thêm rằng các yếu tố tiên lượng cuộc chuyển dạ áp dụng cho tất cả các tuyến có cơ sở sản khoa.

1.1. Toàn thể trạng và sức khỏe của sản phụ

- Sản phụ hoàn toàn khỏe mạnh hay không; tâm lý thoải mái hay bị chi phối bởi lý do sức khỏe, gia đình và xã hội.

- Sản phụ trước và trong khi mang thai có mắc các bệnh nào hay không. Tùy theo từng loại bệnh mà tiên lượng sản phụ sẽ được theo dõi đẻ thường, đẻ bằng forceps hay phẫu thuật lấy thai. Ví dụ như sản phụ bị bệnh tim thì phải đẻ bằng forceps nếu không kèm theo các nguyên nhân đẻ khó khác; sản phụ cũng bị mắc bệnh tim nhưng đã suy tim thì phẫu thuật lấy thai là hợp lý.

- Một số yếu tố khác có liên quan như đẻ con so trong độ tuổi dưới 18 hoặc trên 35, đẻ con rạ trong độ tuổi trên 40. Đẻ quá dày hoặc quá nhiều (khoảng cách giữa hai lần đẻ dưới 3 năm hoặc đẻ trên 4 lần).

1.2. Sự tương xứng giữa thai nhi với khung chậu và phần mềm của sản phụ

Nếu có sự tương xứng giữa thai nhi và khung chậu của sản phụ thì cuộc đẻ sẽ được tiến hành qua đường âm đạo. Khung chậu hẹp, khung chậu méo, khung chậu lệch, tầng sinh môn cứng, các khối u tiền đạo bao gồm khối u ở tử cung, ở khung chậu và ở trong âm đạo... là những yếu tố gây đẻ khó. Tùy theo từng loại khung chậu mà tiên lượng cuộc đẻ khác nhau, chẳng hạn như khung chậu hẹp toàn diện mà thai có trọng lượng bình thường thì phẫu thuật lấy thai. Khung chậu méo mà thai nhi là ngôi chỏm thì phải làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm và tiên lượng cuộc đẻ phụ thuộc vào kết quả của nghiệm

pháp lọt ngôi chỏm... Các khối u tiền đạo thì tùy thuộc vào kích thước và vị trí khối u mà cuộc đẻ có phải phẫu thuật lấy thai hay không...

1.3. Ngôi, thế, kiểu thế và một số yếu tố có liên quan tới thai nhi và phần phụ của thai

- Để tiên lượng một cuộc đẻ, yếu tố ngôi, thế, kiểu thế của thai nhi trong buồng tử cung cũng góp phần đáng kể. Những ngôi thai có thể đẻ được qua đường âm đạo như ngôi chỏm, ngôi mặt cằm trước, ngôi mông; những ngôi bắt buộc phải phẫu thuật lấy thai như ngôi vai, ngôi mặt cằm sau, ngôi trán hoặc ngôi thóp trước đã cố định. Ngay cả những ngôi có thể theo dõi đẻ qua đường âm đạo thì ngôi có kiểu thế sau có tiên lượng không tốt bằng ngôi có kiểu thế trước.
- Thai quá ngày sinh hoặc chưa đến ngày sinh.
- Đa thai.
- Con hiếm muộn, tiền sử vô sinh, phải áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.
- Thai dị dạng.
- Nhau tiền đạo.
- Sa dây rốn.

Những yếu tố trên đây đều góp phần vào tiên lượng một cuộc đẻ, tùy thuộc vào từng yếu tố mà thái độ xử trí có khác nhau.

1.4. Các yếu tố động trong chuyển dạ

Khi theo dõi một cuộc chuyển dạ, có 5 dấu hiệu bắt buộc cần theo dõi sau đây:

- Cơn co tử cung: là động lực chính của cuộc chuyển dạ. Nếu cơn co tử cung nhịp nhàng, đều đặn và phù hợp với độ xóa, mở của cổ tử cung thì đó là tiên lượng tốt. Nếu cơn co không đồng bộ, quá mau hoặc quá mạnh, quá yếu thì đó là tiên lượng không tốt cho cuộc chuyển dạ.

- Xóa mở cổ tử cung: nhịp nhàng, phù hợp với cơn co tử cung là tiên lượng tốt. Ngược lại, nếu cổ tử cung dầy, cứng, phù nề, mở chậm hoặc không mở thêm là tiên lượng xấu. Vì vậy, cần nắm vững các giai đoạn của cuộc chuyển dạ để có thể tiên lượng cho cuộc chuyển dạ.

- Độ lọt của ngôi thai: đầu luôn luôn chờm vệ, ngôi thai không tiến triển, đầu không cúi, có hiện tượng chồng khớp sọ hoặc không lọt sẽ có tiên lượng xấu. Ngược lại, nếu dưới tác dụng của cơn co tử cung, ngôi thai sẽ từ cao lỏng tiến đến chúc, chặt rồi lọt qua khung chậu của người mẹ là tiên lượng tốt cho cuộc chuyển dạ.

- Đầu ối: Nếu đầu ối dẹt, biểu hiện sự bình chỉnh của thai nhi và khung chậu là tốt. Đầu ối phồng, màng ối dày, ối vỡ non hoặc ối vỡ sớm, đầu ối hình quả lê (trong thai chết lưu) có thể là tiên lượng không tốt cho cuộc chuyển dạ.

- Tim thai: Theo dõi nhịp tim thai bằng máy (monitor sản khoa). Nhịp tim thai đều, dao động bình thường là tiên lượng tốt. Các biến đổi nhịp tim thai theo cơn co tử cung như nhịp phẳng, DIP I; DIP II; DIP biến đổi đều là các dấu hiệu cần theo dõi chặt chẽ trong cuộc chuyển dạ để phát hiện thai suy.

2. Các tai biến trong chuyển dạ có thể gặp

- Băng huyết sau sinh (là tai biến gây tử vong cho sản phụ cao nhất hiện nay).

- Co giật, hôn mê do tăng huyết áp trong thai nghén và tiền sản giật, sản giật (tai biến gây tử vong cho sản phụ đứng hàng thứ hai ở nước ta).

- Dọa vỡ và vỡ tử cung.

- Chấn thương đường sinh dục (rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung).

- Thai suy, thai chết trong chuyển dạ hoặc ngay sau đẻ.

- Thai ngạt ngay sau đẻ với hậu quả không lường hết được cho cuộc sống của trẻ sau này.

- Tắc động mạch phổi do nước ối.

3. Cách xử trí khi phát hiện các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ đối với tuyến xã

- Khi phát hiện các yếu tố tiên lượng không tốt (yếu tố nguy cơ cao) thì ngay từ khi theo dõi khám thai định kỳ, cán bộ y tế đã phải tư vấn, giải thích cho thai phụ cần đến cơ sở y tế tuyến trên để đẻ.

- Nếu sản phụ đến trạm y tế xã khi đã chuyển dạ thì cần tư vấn, giải thích để chuyển sản phụ lên tuyến trên và có cán bộ chuyên môn đi cùng.

- Trường hợp sản phụ chuyển dạ đã đến gần giai đoạn sổ thai thì y tế xã cần liên hệ với y tế tuyến trên, báo cáo tình hình cụ thể và xin sự trợ giúp.

CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẺ THƯỜNG

1. Chẩn đoán chuyển dạ

1.1. Triệu chứng chuyển dạ

- Các cơn co tử cung gây đau bụng tăng dần lên với đặc điểm từ nhẹ đến mạnh, từ ngắn đến dài, từ thưa đến mau với tần số là 3 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn co kéo dài trên 20 giây.
- Sản phụ thấy ra chất nhày (nhựa chuối) ở âm đạo.
- Cổ tử cung xóa hết hoặc gần hết và đã mở từ 2 cm trở lên là chắc chắn đã chuyển dạ.
- Đầu ối thành lập: khi chuyển dạ, cực dưới túi ối sẽ dãn dần ra do các cơn co tử cung dồn nước ối xuống tạo thành đầu ối.

1.2. Phân biệt chuyển dạ thật và chuyển dạ giả

Một vài tuần trước khi bước vào cuộc chuyển dạ thật để kết thúc thời kỳ thai nghén, thai phụ cũng đã có một số thay đổi tiền chuyển dạ như:

- Có hiện tượng sụt bụng do ngôi thai bắt đầu cúi vào tiểu khung. Sản phụ thấy bụng nhỏ đi, dễ thở hơn, nếu đo chiều cao tử cung thấy giảm hơn.
- Sản phụ hay đi tiểu, dịch tiết âm đạo tăng.
- Có cơn co rất nhẹ, rất ngắn, rất thưa và không đau. Đó là các cơn co sinh lý trước khi chuyển dạ.

- Cổ tử cung có thể đã xóa một phần hoặc có khi cũng đã xóa hết, ở người đẻ con rạ thì ngay trong thời kỳ tiền chuyển dạ này có khi cổ tử cung cũng đã hé mở cho lọt ngón tay dễ dàng.

Vì thế nhiều khi rất khó xác định chuyển dạ thật hay giả. Về mặt lâm sàng, có thể căn cứ vào các dấu hiệu sau để phân biệt:

	Chuyển dạ thật	**Chuyển dạ giả**
Cơn co tử cung	Tiến triển tăng dần lên theo quá trình chuyển dạ: đều đặn, mỗi lúc một mạnh lên, dài ra và mau hơn. Cơn co gây đau.	Cơn co tử cung thất thường, không đều, không tăng lên rõ rệt về tần số và cường độ. Cơn co không gây đau.
Xóa mở cổ tử cung	Cổ tử cung biến đổi, mở rộng dần theo quá trình chuyển dạ.	Cổ tử cung hầu như không tiến triển sau một thời gian theo dõi.
Đầu ối	Đã thành lập	Chưa thành lập

1.3. Các giai đoạn của một cuộc chuyển dạ

Chuyển dạ được chia thành 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1 (còn gọi là giai đoạn mở cổ tử cung): được tính từ khi cổ tử cung bắt đầu mở đến mở hết (10 cm). Giai đoạn mở cổ tử cung chia ra làm hai pha:

+ Pha tiềm tàng: cổ tử cung bắt đầu mở đến 3 cm, tại pha này cổ tử cung mở chậm, thời gian trung bình là 8 giờ.

+ Pha tích cực: cổ tử cung mở từ 3 đến 10 cm, tại pha này cổ tử cung mở nhanh, thời gian khoảng 7 giờ, mỗi giờ trung bình cổ tử cung mở thêm được 1 cm hoặc hơn.

- Giai đoạn 2 (còn gọi là giai đoạn sổ thai): được tính từ lúc cổ tử cung mở hết, ngôi lọt đến lúc sổ thai ra ngoài. Thời gian trung bình từ 30 phút đến 1 giờ.

- Giai đoạn 3 (còn gọi là giai đoạn sổ nhau): được tính từ lúc sổ thai đến khi nhau sổ ra ngoài. Thời gian trung bình từ 15 đến 30 phút.

2. Theo dõi chuyển dạ đẻ thường

2.1. Các nguyên tắc chăm sóc trong khi chuyển dạ

- Tốt nhất bà mẹ phải được theo dõi chuyển dạ tại cơ sở y tế. Người nữ hộ sinh cần giải thích những ích lợi của việc đẻ tại cơ sở y tế để được chăm sóc chu đáo. Trong trường hợp không thể đến được cơ sở y tế, nên mời cán bộ đã được đào tạo về đỡ đẻ đến đỡ tại nhà.

- Phải theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ một cách toàn diện, có hệ thống, phải thành thạo các thao tác chuyên môn, phải biết ghi và phân tích được một biểu đồ chuyển dạ, phát hiện các yếu tố bất thường trong chuyển dạ để kịp thời xử trí (thuốc, thủ thuật, phẫu thuật hay chuyển tuyến), bảo đảm an toàn cho mẹ và con.

- Nếu sản phụ đẻ tại cơ sở y tế xã, người nữ hộ sinh cần phải chuẩn bị những dụng cụ tối thiểu cần thiết và bảo đảm vô khuẩn cùng với những

dụng cụ để chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ. Nếu sản phụ đẻ tại nhà phải chuẩn bị nước sạch và sử dụng gói đỡ đẻ sạch (hoặc bộ dụng cụ đã được hấp vô khuẩn trong túi đỡ đẻ cấp cứu).

- Khi đỡ đẻ, đỡ nhau, kiểm tra nhau, làm rốn trẻ sơ sinh phải thao tác đúng quy trình. Một số trường hợp phải bóc nhau nhân tạo, kiểm soát tử cung, khâu tầng sinh môn cũng phải thao tác đúng quy trình và bảo đảm vô khuẩn mới hy vọng góp phần hạ tỷ lệ 5 tai biến thường gặp trong sản khoa.

- Tận tình, kiên nhẫn và tỉ mỉ là những đức tính cần thiết của người chăm sóc chuyển dạ.

- Trong khi theo dõi quá trình chuyển dạ, cán bộ y tế cần động viên, hỗ trợ về tinh thần giúp cho sản phụ giảm bớt lo lắng.

- Khuyến khích sản phụ đi lại, không nên nằm một chỗ.

- Hướng dẫn cách thở khi không có cơn co và khi có cơn co tử cung.

- Khuyến khích sản phụ đi tiểu 2 giờ/lần.

2.2. Theo dõi trong quá trình chuyển dạ

2.2.1. Với cuộc chuyển dạ bình thường

a. Theo dõi toàn thân

- Mạch:

+ Trong chuyển dạ bắt mạch 4 giờ/lần, ngay sau đẻ phải đếm mạch, ghi lại trong hồ sơ rồi sau đó tiếp tục đếm mạch cứ 15 phút/lần trong giờ đầu, 30 phút/lần trong giờ thứ hai và 1 giờ/lần trong 4 giờ tiếp theo.

+ Bình thường mạch 70 - 80 lần/phút, mạch nhanh trên 100 lần/phút hoặc chậm dưới 60 lần/phút. Trong trường hợp mạch nhanh hoặc chậm, tuyến xã phải tiến hành hồi sức cho sản phụ rồi chuyển lên tuyến trên gần nhất. Các tuyến trên phải khám, tìm nguyên nhân để xử trí.

- Huyết áp

+ Trong chuyển dạ phải đo huyết áp 4 giờ/lần, ngay sau đẻ phải đo huyết áp để ghi lại trong hồ sơ, sau đó đo 1 giờ/lần trong 2 giờ đầu; phải đo huyết áp thường xuyên khi có chảy máu hoặc mạch nhanh.

+ Ở tuyến xã, phải chuyển tuyến khi:

• Huyết áp tối đa trên 140 mmHg hoặc huyết áp tối thiểu trên 90 mmHg hoặc cả hai. Cho thuốc hạ áp trước khi chuyển.

• Huyết áp tụt thấp dưới 90/60 mmHg phải hồi sức cho sản phụ và chuyển tuyến, nếu tụt quá thấp phải hồi sức và gọi tuyến trên xuống hỗ trợ.

+ Tuyến trên phải có xử trí kịp thời khi huyết áp cao hoặc choáng.

- Thân nhiệt:

+ Đo thân nhiệt 4 giờ/lần.

+ Thân nhiệt bình thường nhỏ hơn hoặc bằng 37°C, nếu ở tuyến xã, giảm nhiệt độ bằng các phương tiện đơn giản (ví dụ chườm mát...), chuyển tuyến khi xử trí không kết quả.

+ Cho sản phụ uống đủ nước.

+ Quan sát diễn biến toàn thể trạng: nếu sản phụ mệt lả, kiệt sức, vật vã, khó thở cần có xử trí thích hợp và chuyển tuyến (đối với tuyến xã).

b. Theo dõi cơn co tử cung

- Theo dõi độ dài một cơn co và khoảng cách giữa hai cơn co.

- Trong pha tiềm tàng đo 1 giờ/lần trong 10 phút, pha tích cực đo 30 phút/lần trong 10 phút.

- Tại tuyến xã, cơn co tử cung quá ngắn (< 20 giây), quá dài (> 60 giây) hoặc rối loạn (tần số < 2 hoặc > 4) đều phải chuyển sản phụ lên tuyến trên. Với các tuyến trên, phải tìm nguyên nhân gây rối loạn cơn co để có cách xử trí thích hợp.

c. Theo dõi nhịp tim thai

- Nghe tim thai ít nhất 1 giờ/lần ở pha tiềm tàng, 30 phút/lần ở pha tích cực. Nghe tim thai trước và sau vỡ ối hay khi bấm ối.

- Thời điểm nghe tim thai là sau khi hết cơn co tử cung. Đến giai đoạn rặn đẻ nghe tim thai sau mỗi cơn rặn.

- Đếm nhịp tim thai trong 1 phút, nhận xét nhịp tim thai có đều hay không.

- Nhịp tim thai trung bình từ 120 - 160 lần/phút. Tại tuyến xã, nếu nhịp tim thai trên 160 lần/phút hoặc dưới 120 lần/phút hoặc không đều thì phải tiến hành hồi sức và chuyển tuyến.

d. Theo dõi tình trạng ối

- Nhận xét tình trạng ối mỗi lần khám âm đạo (4 giờ/lần) và khi ối vỡ.

- Bình thường đầu ối dẹt, nước ối có thể trong hay trắng đục.

- Nếu nước ối màu xanh, màu đỏ hoặc nâu đen, hôi, đa ối, thiếu ối thì phải chuyển sản phụ lên tuyến trên (đối với tuyến xã).

- Nếu ối vỡ non, ối vỡ sớm trên 6 giờ chưa đẻ, ở tuyến xã, cho kháng sinh rồi chuyển sản phụ lên tuyến trên.

đ. Theo dõi mức độ xóa mở cổ tử cung

- Khám âm đạo 4 giờ/lần, khi ối vỡ và khi quyết định cho sản phụ rặn. Trường hợp cuộc chuyển dạ tiến triển nhanh, có thể khám âm đạo để đánh giá cổ tử cung, độ lọt của ngôi. Cần hạn chế khám âm đạo để tránh nhiễm khuẩn.

- Pha tiềm tàng kéo dài 8 giờ (từ khi cổ tử cung xóa đến mở 3 cm).

- Pha tích cực kéo dài tối đa 7 giờ (từ khi cổ tử cung mở 3 cm đến 10 cm).

- Bình thường cổ tử cung mềm, mỏng, không phù nề. Đường biểu diễn cổ tử cung trên biểu đồ chuyển dạ luôn ở bên trái đường báo động.

- Nếu cổ tử cung không tiến triển, phù nề, đường biểu diễn cổ tử cung chuyển sang bên phải đường báo động hoặc cổ tử cung mở hết mà đầu không lọt, tuyến xã phải chuyển ngay sản phụ lên tuyến trên, nơi có điều kiện phẫu thuật.

e. Theo dõi mức độ tiến triển của ngôi thai

- Phải đánh giá mức độ tiến triển của đầu thai nhi bằng cách nắn ngoài thành bụng và khám âm đạo. Có 4 mức: đầu cao lỏng, đầu chúc, đầu chặt và đầu lọt. Khi đầu đã lọt, có 3 mức: lọt cao, lọt trung bình và lọt thấp.

- Ghi độ lọt vào biểu đồ chuyển dạ. Phát hiện sớm chuyển dạ đình trệ.

- Nếu ngôi thai không tiến triển, tuyến xã phải chuyển sản phụ lên tuyến có điều kiện phẫu thuật.

Bảng tóm tắt các yếu tố cần theo dõi

Yếu tố	**Pha tiềm tàng**	**Pha tích cực**
Mạch	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Huyết áp	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Thân nhiệt	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Cơn co tử cung	1 giờ/lần	30 phút/lần
Nhịp tim thai	1 giờ/lần	30 phút/lần
Tình trạng ối	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Mức độ xóa mở cổ tử cung (khám trong)	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Mức độ tiến triển của ngôi thai (nắn ngoài)	1 giờ/lần	30 phút/lần
Chồng khớp (khám trong)	4 giờ/lần	2 giờ/lần

2.2.2. Với cuộc chuyển dạ có dấu hiệu bất thường

- Với cuộc chuyển dạ có dấu hiệu bất thường, về nguyên tắc không được theo dõi chuyển dạ và đỡ đẻ tại tuyến xã.

- Người hộ sinh tại các tuyến trên trong trường hợp này phải theo dõi theo y lệnh của thầy thuốc. Ví dụ: khi sản phụ chuyển dạ bị sốt cao thì sau khi đã dùng các biện pháp hạ nhiệt bao nhiêu phút sau phải đo lại nhiệt độ; hoặc khi sản phụ chuyển dạ với tình trạng tăng huyết áp thì ngoài việc theo y lệnh dùng thuốc hạ áp, người hộ sinh phải theo dõi

huyết áp theo y lệnh của thầy thuốc (không thể cứ 4 giờ/lần như trình bày ở phần trên). Các dấu hiệu bất thường khác trong chuyển dạ có liên quan đến nhịp tim thai, cơn co tử cung, mức độ xóa mở của cổ tử cung cũng phải thực hiện tương tự như vậy.

- Khi theo dõi chuyển dạ, trong và sau mỗi lần thăm khám, người hộ sinh phải nói cho sản phụ biết tình hình cuộc chuyển dạ lúc đó để họ yên tâm.

2.3. Các trường hợp phải chỉ định chuyển tuyến (đối với tuyến xã, phường và huyện không có điều kiện phẫu thuật)

- Mạch: trên 100 lần/phút, dưới 60 lần/phút.

- Huyết áp: huyết áp tâm thu trên 140 mmHg hoặc dưới 90 mmHg. Huyết áp tâm trương trên 90 mmHg hoặc dưới 60 mmHg.

- Thân nhiệt: 38^{o}C trở lên.

- Toàn thể trạng: rất mệt mỏi, khó thở, da xanh, niêm mạc nhợt.

- Có dấu hiệu suy thai: Nhịp tim thai nhanh (trên 160 lần/phút), chậm (dưới 120 lần/phút) hoặc không đều (lúc nhanh lúc chậm).

- Các dấu hiệu nhiễm khuẩn ối. Nước ối có lẫn phân su hoặc máu.

- Có cơn co bất thường: quá dài (trên 1 phút), quá ngắn (dưới 20 giây), quá mau (trên 5 cơn trong 10 phút) có liên quan đến tiến triển chậm của cổ tử cung.

- Bất tương xứng giữa khung chậu và đầu thai nhi: đầu không lọt, có hiện tượng chồng khớp sọ từ độ 2 trở lên.

- Chuyển dạ tiến triển chậm: pha tiềm tàng kéo dài (trên 8 giờ); pha tích cực trì trệ (mở dưới 1cm/giờ).

- Các bệnh toàn thân nặng.

- Sản giật, tiền sản giật.

- Chảy máu trong khi chuyển dạ.

- Ngôi thai bất thường, nhiều thai, đa ối, thiếu ối và thai quá ngày sinh.

ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì sổ thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo mà không cần can thiệp gì trừ trường hợp cắt tầng sinh môn.

1. Chuẩn bị

1.1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu.
- Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa).
- Dụng cụ thông tiểu.

1.2. Sản phụ

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.
- Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì thông tiểu.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục, bẹn, đùi, trải khăn vô khuẩn.

1.3. Tư thế sản phụ

Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để sản phụ có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai

tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi dang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

2. Các bước tiến hành

2.1. Nguyên tắc

- Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.

- Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ xóa mở cổ tử cung, độ lọt, khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn.

- Thời gian rặn tối đa ở sản phụ đẻ con so là 60 phút, ở sản phụ đẻ con rạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng forceps hoặc bằng giác kéo.

- Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

2.2. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ

- Người đỡ đẻ chỉ bắt tay vào đỡ khi có đủ các điều kiện sau:

+ Cổ tử cung mở hết.

+ Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).

+ Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tầng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng.

+ Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co tử cung.

- Khi đỡ đẻ, người đỡ đẻ cần phải:

+ Nhẹ nhàng.

+ Giúp cho thai sổ từ từ.

+ Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã hay tỏ thái độ sốt ruột.

- Luôn nhớ là đỡ đẻ chứ không phải kéo thai.

- Các thao tác đỡ đẻ gồm có:

+ Đỡ đầu:

* Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chẩm trong mỗi cơn co tử cung.

* Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc tầng sinh môn giãn căng.

* Khi hạ chẩm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ tầng sinh môn, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.

* Chỉ hút dịch hoặc lau miệng thai nhi khi nước ối có phân su.

+ Đỡ vai:

* Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chẩm quay về bên đó (chẩm trái - ngang hoặc chẩm phải - ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).

* Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn - cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ), tay kia giữ tầng sinh môn, nhấc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

+ Đỡ thân, mông và chi:

* Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân, tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin khi chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

* Giữ thai ở tư thế ngang, đầu hơi thấp (hoặc để thai nằm nghiêng trên phần bàn đẻ đã được kéo ra hoặc cho nằm sấp trên bụng mẹ) rồi tiến hành cặp cắt rốn. Nếu người đỡ chính còn bế giữ thai thì động tác cặp cắt rốn do người đỡ phụ thực hiện.

* Chuyển thai ra bàn hồi sức, giao cho người phụ chăm sóc, làm rốn, đánh giá chỉ số Apgar phút thứ 1 và thứ 5.

2.3. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm cùng

Cách theo dõi đỡ đẻ cơ bản giống như đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm vệ, chỉ khác một số điểm sau:

- Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chẩm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên.

- Khi hạ chẩm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm.

- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).

Khi đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chẩm cùng cần phải chú ý:

- Ngôi chỏm sổ chẩm cùng thường diễn biến lâu,

sổ khó hơn và dễ gây sang chấn cho mẹ vì vậy cần cắt rộng tầng sinh môn trước khi đỡ đầu thai nhi.

- Thai nhi sổ chẩm cùng cũng dễ bị ngạt vì thế cũng phải hồi sức thai nhi thật tốt.

3. Theo dõi và xử lý tai biến

3.1. Theo dõi

- Sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lí thích hợp.
- Luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ tử cung.
- Hạ bàn đẻ nằm ngang khi thai đã sổ ra ngoài.
- Sau khi đỡ đẻ, người đỡ chính phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi tử cung để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ.

3.2. Xử lý tai biến

- Ngay sau khi sổ thai, nhau bong dở gây băng huyết cần bóc nhau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.
- Nếu rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sổ nhau và kiểm tra bánh nhau.
- Nếu bị băng huyết do đờ tử cung phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Thai ngạt: phải hồi sức thai.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CỦA CHUYỂN DẠ

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác xử trí trong giai đoạn sổ nhau nhằm rút ngắn giai đoạn sổ nhau, làm giảm lượng máu mất sau đẻ và phòng ngừa băng huyết bằng cách tiêm oxytocin ngay lúc sổ thai, kẹp cắt dây rốn sớm, đỡ nhau có hỗ trợ bằng cách một tay kéo vào dây rốn với lực có kiểm soát trong khi tay kia nâng đỡ tử cung trên thành bụng sản phụ.

1. Chuẩn bị

- Cần phải có ít nhất hai người đỡ đẻ cho một cuộc đẻ để một người có thể tiêm thuốc ngay sau khi người còn lại vừa đỡ thai ra ngoài và sau đó chăm sóc trẻ sơ sinh.
- Chuẩn bị sẵn 10 đơn vị oxytocin (tương đương với 2 ống oxytocin hàm lượng 5 đơn vị) trong bơm tiêm loại 5ml.

2. Các bước thực hành

- Bước 1: Nắn tử cung ngay sau khi thai sổ ra ngoài để chắc chắn trong tử cung không còn thai nào nữa. Trường hợp sinh đôi hay đa thai phải đỡ hết thai ra mới tiêm thuốc.
- Bước 2: Tiêm bắp vào mặt trước đùi cho sản phụ 10 đơn vị oxytocin đã chuẩn bị trước.

- Bước 3: Cặp và cắt dây rốn ở gần sát âm hộ bà mẹ để khi kéo dây rốn dễ dàng hơn (không nên vội vàng cắt dây rốn ngay).

- Bước 4: Kéo dây rốn có kiểm soát.

- Bước 5: Kiểm tra sự co hồi của tử cung: một tay giữ căng dây rốn chờ đợi tử cung co lại, tay còn lại đặt trên bụng sản phụ đánh giá tử cung đã co tốt.

- Bước 6: Đỡ nhau: một tay người đỡ đẻ đặt trên bụng sản phụ, phía trên xương mu, ấn nhẹ vào mặt trước đoạn dưới tử cung, đẩy nhẹ lên phía xương ức tránh tử cung bị kéo xuống dưới khi kéo dây rốn; tay kia giữ kẹp dây rốn, kéo dây rốn nhẹ nhàng và liên tục dọc theo ống đẻ, kéo như vậy trong vòng 2 - 3 phút, nếu nhau không sổ trong giai đoạn này, dừng lại 5 phút rồi kéo lại.

- Bước 7: Kéo màng nhau: hạ thấp bánh nhau xuống để lợi dụng sức nặng của bánh nhau kéo màng ra. Cũng có thể dùng hai bàn tay đỡ bánh nhau và xoay nhẹ để màng nhau ra hết.

- Bước 8: Xoa nắn tử cung: sau khi nhau sổ, xoa ngay đáy tử cung qua thành bụng đến khi tử cung co tốt.

- Bước 9: Kiểm tra nhau: khi đã chắc chắn tử cung co tốt và không thấy chảy máu mới tiến hành kiểm tra bánh nhau, màng nhau, dây rốn như thường lệ.

- Bước 10: Theo dõi sản phụ sau đẻ: xoa đáy tử cung 15 phút/lần trong vòng 2 giờ đầu cho đến khi chắc chắn tử cung đã co hồi tốt.

3. Ý nghĩa của phương pháp

- Giúp rút ngắn thời gian bong nhau và sổ nhau so với cách đỡ nhau cổ điển.

- Hạn chế lượng máu mất trong quá trình bong nhau, sổ nhau.

- Phòng ngừa, hạn chế băng huyết sau sinh.

LÀM RỐN TRẺ SƠ SINH

Làm rốn là cắt ngắn dây rốn, sát khuẩn và băng phần rốn về phía trẻ sơ sinh.

1. Chuẩn bị dụng cụ và phương tiện

- Bộ làm rốn.

- Khăn vô khuẩn, găng tay, bông, gạc vô khuẩn, cồn 70^0.

- Bàn làm rốn có đủ ánh sáng, được sưởi ấm và tránh gió lùa.

- Kẹp rốn, chỉ lanh vô khuẩn.

2. Các bước tiến hành

- Người đỡ đẻ sau khi lau khô, ủ ấm, hút dịch cho bé, khi bé đã thở và khóc tốt thì bắt đầu thay đôi găng tay mới.

- Nâng kẹp dây rốn lên cao, đặt 1 miếng gạc che quanh chân rốn, sát khuẩn từ chân rốn lên phía kẹp rốn bằng cồn 70^0.

- Nếu dùng chỉ:

+ Buộc rốn bằng một sợi chỉ lanh vô khuẩn (được ngâm trong cồn 70^0) buộc vòng cách chân rốn chừng 3 cm, phải buộc chặt để tránh chảy máu và buộc 2 vòng chặt cách nhau 0,5 cm.

+ Cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên nút buộc (không chạm tay vào mỏm cắt mặc dù đã đi găng tay vô khuẩn).

+ Kiểm tra động mạch và tĩnh mạch trên mặt cắt (bình thường là 1 tĩnh mạch và 2 động mạch), dùng bông cồn thấm xem có chảy máu không.

+ Sát khuẩn mặt cắt và dây rốn một lần nữa bằng cồn 70^0.

+ Cắt phần chỉ buộc rốn còn thừa.

- Nếu dùng kẹp rốn nhựa vô khuẩn:

+ Kẹp rốn ở vị trí cách gốc rốn 3 cm.

+ Đặt kẹp theo hướng trên dưới, không kẹp ngang.

+ Cắt rốn cách mặt ngoài kẹp 0,5 - 1 cm.

+ Lau mỏm cắt, thay gạc mới.

+ Sát khuẩn mỏm cắt.

+ Gói mỏm cắt bằng gạc vừa thay.

- Băng rốn: có thể dùng băng cuộn hoặc băng thun. Nếu dùng băng cuộn, bắt đầu đặt băng từ rốn vòng qua bụng bé 3 lần và gài đầu băng ở phía bên sườn. Băng rốn vừa phải, không quá chặt, phải che kín hết gạc bọc rốn.

3. Theo dõi và xử lý tai biến

Khi tiến hành làm rốn phải thực hiện cẩn thận, vô khuẩn triệt để. Tuy nhiên, sau khi tiến hành vẫn cần phải theo dõi tích cực để tránh tai biến.

3.1. Theo dõi

- Nút buộc rốn trong những giờ đầu có bị lỏng gây chảy máu rốn hay không.

- Không để ướt rốn và thay băng rốn hằng ngày để đề phòng nhiễm khuẩn rốn.

3.2. Xử trí

- Nếu chảy máu rốn: tiến hành buộc lại.

- Rốn rụng sớm có chảy máu ở chân rốn: tùy theo mức độ, nếu chỉ rỉ ít thì băng ép lại, nếu chảy nhiều thì phải khâu cầm máu (nếu không có điều kiện thì băng ép và chuyển trẻ sơ sinh lên tuyến trên để khâu cầm máu).

- Nhiễm khuẩn và ướt chân rốn: rửa sạch hằng ngày bằng nước muối 0,9%, thấm khô, sát khuẩn bằng cồn 70^0, nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn lan tỏa như da vùng quanh rốn đỏ, trẻ có sốt cần chuyển lên tuyến trên để tiến hành xử lý tiếp.

CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH NGÀY ĐẦU SAU SINH

Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ngày đầu sau sinh được chia ra làm 3 giai đoạn: hai giờ đầu, bốn giờ tiếp theo và những giờ còn lại.

1. Trường hợp sinh thường

1.1. Chăm sóc trong hai giờ đầu sau sinh

- Theo dõi mẹ: theo dõi thể trạng, mạch đập, huyết áp, co hồi tử cung, tình trạng ra máu tại các thời điểm 15 phút, 30 phút, 45 phút, 60 phút, 90 phút và 120 phút.

- Theo dõi và chăm sóc trẻ sơ sinh:

+ Theo dõi chỉ số Apgar phút thứ nhất, thứ 5, thứ 10.

+ Theo dõi toàn thể trạng: nhịp thở (khóc), màu sắc da (hồng), thân nhiệt, tình trạng bú mẹ, rốn, tiêu hóa tại các thời điểm 15 phút, 30 phút, 45 phút, 60 phút, 90 phút và 120 phút.

+ Bảo đảm cho trẻ sinh ra thở đều và khóc ngay, chỉ cần hơi nghiêng đầu trẻ để nhớt dãi chảy ra ngoài miệng mà không cần can thiệp gì.

+ Giữ ấm: phòng đẻ cần có các dụng cụ sưởi ấm, bảo đảm nhiệt độ 26-28^{0}C, không có gió lùa, không để quạt thổi luồng gió trực tiếp vào người mẹ và trẻ sơ sinh. Quấn tã, đắp chăn ấm và đặt trẻ nằm cạnh mẹ.

+ Cho trẻ bú hoàn toàn: cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ sau sinh, chỉ cho trẻ bú mẹ mà không nên cho uống bất cứ một loại nước nào khác.

+ Chăm sóc rốn: sau khi buộc và cắt rốn, sát khuẩn mặt rốn bằng cồn 70^0, để rốn hở không bôi hoặc đắp bất cứ thứ gì trên mặt rốn.

+ Chăm sóc mắt: lau mắt bằng vải mềm, sạch, thấm ướt nước sạch và nhỏ mỗi bên mắt 1-2 giọt argyrol 1%.

+ Khám toàn thân xác định giới tính, cân, đo chiều dài cơ thể.

+ Tiêm chủng các loại theo quy định.

Bảng tóm tắt các tình huống những bất thường có thể xảy ra trong hai giờ đầu sau sinh và cách xử trí

	Tình huống	**Xử trí**
Mẹ	Mạch nhanh (trên 90 lần/phút)	Kiểm tra ngay huyết áp, cầu an toàn
	Huyết áp hạ (huyết áp tối đa dưới 90 mmHg)	Xử lý choáng sản khoa
	Huyết áp cao (huyết áp tối đa trên 140 mmHg hoặc tăng 30 mmHg so với trước; huyết áp tối thiểu trên 90 mmHg hoặc tăng 15 mmHg so với trước)	Xử lý tiền sản giật

	Tình huống	Xử trí
	Tử cung mềm, cao trên rốn	Xử lý đờ tử cung
	Chảy máu trên 250 ml và máu vẫn tiếp tục chảy	Xử lý băng huyết sau đẻ
	Rách âm đạo, tầng sinh môn	Tiến hành các thủ thuật
	Khối máu tụ	Chuyển lên tuyến trên
Con	Khó thở, tím tái, các cơ mềm nhẽo	Hồi sức thở, hồi sức tim, ủ ấm, chuyển tuyến
	Bé lạnh hoặc phòng lạnh	Ủ ấm bằng phương pháp chuột túi - sưởi ấm bằng phương tiện sẵn có
	Chảy máu rốn	Làm lại rốn

1.2. Chăm sóc trong 4 giờ tiếp theo (từ giờ thứ 3 đến giờ thứ 6)

Sau khi tích cực theo dõi trong 2 giờ đầu, nếu mẹ và bé bình thường thì tiếp tục theo dõi từ giờ thứ 3 đến giờ thứ 6 theo hướng dẫn sau:

- Đưa bà mẹ và trẻ sơ sinh về phòng, theo dõi các nội dung như nêu ở phần trên.
- Đặt bé nằm cạnh mẹ.
- Ủ ấm cho bé.
- Người mẹ cần thực hiện chế độ ăn uống và ngủ theo quy định.

- 6 giờ sau khi sinh, nếu không có biến chứng bất thường, người mẹ nên vận động nhẹ.

- Khuyến khích bà mẹ cho con bú sớm và đúng cách. Nếu bà mẹ có khó khăn trong việc cho con bú, cần hướng dẫn tư thế để bà mẹ cho con bú một cách dễ dàng nhất, hướng dẫn cách cho trẻ ngậm bắt vú và cho trẻ bú theo nhu cầu cả ngày lẫn đêm.

- Bà mẹ cần được hướng dẫn theo dõi chảy máu rốn ở trẻ.

- Vệ sinh khi chăm sóc trẻ:

+ Rửa tay bằng nước sạch và xà phòng trước và sau khi chăm sóc trẻ.

+ Các dụng cụ dùng để chăm sóc trẻ sau mỗi lần sử dụng phải được khử nhiễm, rửa bằng nước sạch và xà phòng rồi hấp tiệt khuẩn theo quy định. Không dùng chung các dụng cụ khi chăm sóc các trẻ khác nhau.

+ Tã, áo, khăn,... dùng cho trẻ cần được giữ khô và sạch.

+ Cán bộ y tế cần hướng dẫn cho người thân gia đình sản phụ (đặc biệt là người bố) phát hiện các dấu hiệu bất thường của bà mẹ và trẻ sau khi sinh, đặc biệt là khi trẻ không bú, không thở, tím tái, chảy máu rốn,...; người mẹ chảy máu nhiều, cơn đau bụng tăng, nhức đầu, chóng mặt,...

1.3. Chăm sóc trong những giờ còn lại (từ giờ thứ 7 đến hết ngày đầu sau sinh)

- Tiến hành theo dõi mẹ về thể trạng, mạch đập, huyết áp, co hồi tử cung (rắn - trong), băng vệ sinh (kiểm tra lượng máu mất).

- Tiến hành theo dõi con: thở (nếu trẻ có dấu hiệu khó thở, cần đếm nhịp thở), da (nếu thấy lạnh cần đo thân nhiệt), rốn có chảy máu hay không, bú mẹ (đã bú mẹ hay chưa).

Bảng tóm tắt một số tình huống bất thường có thể xảy ra từ giờ thứ 7 đến hết ngày đầu sau sinh và cách xử trí

	Tình huống	**Xử trí**
Mẹ	- Tử cung mềm, cao trên rốn - Băng vệ sinh thấm ướt máu sau 1 giờ	- Xoa bóp tử cung, ấn đáy tử cung lấy máu cục - Tiêm nhắc lại vào bắp 10 đơn vị oxytocin
Con	Chưa bú mẹ	Khuyến khích và hướng dẫn bà mẹ cho con bú ngay
	Bị lạnh	Ủ ấm hoặc sưởi ấm
	Khó thở, tím tái	Hồi sức thở, hồi sức tim, chuyển lên tuyến trên
	Chảy máu rốn	Làm lại rốn
	Phân su	Nếu không có phân su phải khám ngay xem có hậu môn không
	Nước tiểu	Nếu không đi tiểu cần gửi khám chuyên khoa

2. Trường hợp sinh mổ

2.1. Chăm sóc trong hai giờ đầu sau sinh:

Về cơ bản, việc chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh được tiến hành giống như trường hợp sinh thường. Ngoài ra, còn cần phải:

+ Theo dõi nhịp thở.

+ Theo dõi hồi tỉnh (sau gây mê toàn thân), vận động chi dưới (sau gây mê tủy sống).

+ Theo dõi bụng: xem có trướng, có chảy máu vết mổ không.

+ Tiếp tục truyền dịch và kháng sinh theo chỉ định.

+ Theo dõi con xem có bị ảnh hưởng của thuốc mê không.

2.2. Chăm sóc trong 4 giờ tiếp theo (từ giờ thứ 3 đến giờ thứ 6)

+ Theo dõi các dấu hiệu sống: 1 giờ/lần (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).

+ Theo dõi hồi tỉnh.

+ Theo dõi các dấu hiệu chảy máu trong và ngoài.

+ Theo dõi bài tiết nước tiểu.

+ Tiếp tục truyền dịch và kháng sinh theo chỉ định.

2.3. Chăm sóc trong những giờ còn lại (từ giờ thứ 7 đến hết ngày đầu sau sinh)

+ Theo dõi các dấu hiệu sống: 6 giờ/lần.

+ Theo dõi phục hồi chức năng: vận động, tiểu tiện,...

+ Tiêm thuốc giảm đau nếu cần theo chỉ định của bác sĩ.

CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TUẦN ĐẦU SAU SINH

Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh tuần đầu sau sinh có ý nghĩa rất quan trọng bởi trong thời gian này, đối với bà mẹ và trẻ sơ sinh có thể có nhiều diễn biến bất thường xảy ra cần phải theo dõi sát để có hướng xử trí thích hợp.

1. Nội dung chăm sóc

1.1. Đối với bà mẹ

- Vệ sinh hằng ngày:

+ Rửa vùng sinh dục ngoài ít nhất 3 lần/ngày.

+ Hằng ngày cần lau người và thay quần áo sạch.

+ Sau 2-3 ngày có thể tắm nhanh bằng nước ấm ở trong phòng kín, tránh bị gió lùa.

- Chăm sóc vú: khuyến cáo các bà mẹ cần cho con bú sớm. Nếu có hiện tượng tắc tia sữa thì cần phải xử lý sớm (day, vắt, hút) để đề phòng tắc tia sữa dẫn đến viêm tuyến sữa, áp xe vú.

- Xử lý đau do co bóp tử cung: nếu đau nhẹ thì không cần xử lý, nếu đau nhiều thì cần chườm nóng hoặc có thể cho dùng thuốc paracetamol theo chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.

- Vết khâu tầng sinh môn (nếu có): sau mỗi lần đại, tiểu tiện cần rửa sạch âm hộ, thấm khô, tiến hành cắt chỉ ngày thứ 5 sau đẻ.

- Chế độ ăn, uống, ngủ và mặc:

+ Thực hiện ăn đủ chất, đủ lượng, uống đủ nhu cầu, tránh kiêng khem không khoa học.

+ Ngủ 8 giờ/ngày, nếu có thể nên thực hiện chế độ ngủ trưa.

+ Mặc đồ rộng rãi, sạch sẽ, thấm mồ hôi.

- Chế độ vận động: nếu đẻ thường sau 6 giờ có thể ngồi dậy, vận động nhẹ nhàng. Sau 24 giờ, sản phụ có thể thực hiện đi lại quanh giường.

1.2. Đối với trẻ sơ sinh

Tuần đầu sau đẻ là giai đoạn khó khăn nhất đối với trẻ sơ sinh. Các chăm sóc thiết yếu đều nhằm giúp cho trẻ thích nghi với môi trường sống mới, tránh nguy cơ nhiễm khuẩn và bệnh tật khác.

- Chăm sóc hằng ngày:

+ Bảo đảm trẻ được nằm trong phòng ấm, luôn được nằm cùng với mẹ, không nên đặt trẻ trên nền lạnh, cứng.

+ Không đặt trẻ nằm sấp.

+ Trẻ phải ngủ trong màn để tránh muỗi và côn trùng đốt.

+ Không để trẻ tiếp xúc với người đang bị bệnh.

+ Không để trẻ tiếp xúc với súc vật.

+ Tránh cho trẻ tiếp xúc với các loại khói bụi.

- Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn:

+ Chỉ cho con bú bằng sữa mẹ, không cho bú bất cứ một thức ăn nào khác.

+ Cho trẻ bú cả ngày lẫn đêm, ít nhất là 8 lần/ngày.

+ Không cho trẻ về nhà khi trẻ chưa bú mẹ được.

+ Nếu người mẹ gặp khó khăn trong việc nuôi con bằng sữa mẹ, cần tư vấn và hướng dẫn để người mẹ có thể cho con bú mẹ một cách dễ dàng nhất.

- Chăm sóc mắt:

+ Rửa sạch tay trước và sau khi chăm sóc mắt cho trẻ.

+ Dùng khăn sạch, ẩm lau mắt hằng ngày.

+ Không nhỏ bất cứ thứ gì vào mắt.

- Chăm sóc rốn:

+ Để rốn hở, không đắp bất cứ thứ gì lên mặt rốn.

+ Luôn giữ rốn khô, thoáng và sạch.

+ Hạn chế sờ vào cuống rốn và vùng quanh rốn.

- Vệ sinh thân thể và chăm sóc da:

+ Lau rửa hằng ngày, không nhất thiết phải tắm trẻ hằng ngày.

+ Tắm trẻ bằng nước sạch, ấm, trong phòng ấm, không bị gió lùa. Cần chuẩn bị sẵn khăn khô, tã, áo ấm để thay.

+ Tắm bằng nước sạch, ấm. Không được nhúng toàn thân vào chậu, mà lau từng phần. Lau mặt, gội đầu, tắm rửa người trên trước, lau khô, quấn ấm rồi mới lau nửa người dưới. Sau khi lau khô có thể xoa phấn vào các nếp da. Sau đó, đặt trẻ nằm nghiêng một bên để đề phòng trào ngược các chất từ dạ dày vào phổi.

+ Đồ vải, áo, tã dùng cho trẻ phải được thay, giặt hằng ngày.

2. Các bất thường và cách xử trí

2.1. Đối với bà mẹ

- Tử cung: co hồi chậm, mềm, ấn đau, nếu kèm sốt,

sản dịch hôi cần báo ngay cho bác sĩ chuyên khoa để xử lý căn cứ vào từng biểu hiện cụ thể.

- Sản dịch: màu như mủ, mùi hôi cần báo cho bác sĩ chuyên khoa để tiến hành kiểm tra.

- Đối với tầng sinh môn: nếu sưng, toác vết khâu cần cho tiêm hoặc uống kháng sinh, chăm sóc vết khâu. Nếu bị nhiễm khuẩn nên cắt chỉ cách mũi hoặc cắt hết để tránh bị tổn thương lan rộng và chuyển lên tuyến trên.

- Nếu có khó khăn trong việc cho con bú thì có thể vắt sữa vào cốc sạch và cho trẻ ăn bằng thìa,...

- Đối với các dấu hiệu nguy hiểm như sốt cao, mạch nhanh, huyết áp cao, mặt xanh, phù toàn thân, co giật: cần chuyển lên tuyến trên. Trước khi chuyển lên tuyến trên, tùy theo tình trạng thực tế của bản thân có thể tiến hành truyền dịch nếu chảy máu; kháng sinh nếu sốt cao, sản dịch hôi; oxytocin tiêm bắp nếu ra máu nhiều; magnesi sulfat 1g tiêm bắp liều khởi đầu (2/3 ống ml nồng độ 15%) trong trường hợp sản giật.

2.2. Đối với trẻ sơ sinh

Cán bộ y tế cần hướng dẫn cho người mẹ và gia đình biết các dấu hiệu nguy hiểm cần đưa trẻ đến cơ sở y tế hoặc chuyển lên tuyến trên ngay:

- Trẻ bú kém hoặc bỏ bú.
- Ngủ li bì hoặc khó đánh thức.
- Thở bất thường.
- Co rút lồng ngực nặng.
- Sốt cao (>38,5^{0}C) hoặc hạ thân nhiệt (<36,5^{0}C).

- Co giật.
- Viêm tấy đỏ mắt hoặc mắt có mủ.
- Viêm tấy lan rộng quanh rốn hoặc rốn có mủ.
- Chảy máu bất cứ chỗ nào.
- Vàng da đậm, tăng dần hoặc xuất hiện trong 24 giờ đầu sau đẻ.
- Nôn liên tục.
- Trướng bụng, không đái, ỉa sau 24 giờ.

CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG 6 TUẦN ĐẦU SAU SINH

1. Nội dung chăm sóc

1.1. Đối với bà mẹ

- Sau mỗi lần đại, tiểu tiện phải rửa sạch hoặc lau âm hộ.
- Có thể tắm hằng ngày bằng nước ấm.
- Quần áo phải rộng rãi, sạch sẽ, thấm mồ hôi.
- Chế độ ăn đủ chất để có đủ sữa cho con bú.
- Cho con bú đều đặn.
- Sau 1 tuần có thể làm các việc nhẹ, tránh làm việc nhiều, lao động nặng gây sa sinh dục.
- Nếu có điều kiện nên làm các động tác thể dục giúp phục hồi cơ bụng, cơ tầng sinh môn, tránh táo bón, giúp ăn ngon.
- Quan hệ tình dục: nên tránh trong 6 tuần đầu vì dễ gây nhiễm khuẩn, sang chấn.
- Cần áp dụng các biện pháp tránh thai sớm.
- Cần nhắc nhở bà mẹ và gia đình đưa trẻ đi tiêm chủng theo đúng lịch.

1.2. Đối với trẻ sơ sinh

Chăm sóc trẻ trong vòng 6 tuần đầu sau sinh chủ yếu được thực hiện ở nhà. Cán bộ y tế cần hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc. Nội dung chăm sóc:

- Cách chăm sóc giống như trong phần chăm sóc trẻ trong tuần đầu sau đẻ, bao gồm:

+ Chăm sóc chung hằng ngày.

+ Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn.

+ Chăm sóc mắt.

+ Chăm sóc rốn: rốn rụng vào ngày thứ 7-10, liền sẹo khoảng vào ngày thứ 45.

+ Vệ sinh thân thể và chăm sóc da.

+ Theo dõi trẻ: màu da, nhịp thở, nhịp tim, thân nhiệt, tình trạng bú mẹ, rốn và vùng quanh rốn.

- Đánh giá tình trạng xem trẻ có phát triển bình thường không: kiểm tra cân nặng, theo dõi tăng cân, phát hiện sớm các bất thường về đường thính giác.

- Trẻ có các tình trạng đặc biệt như đẻ non, các vấn đề về nuôi dưỡng, dị tật,... cần phải được chăm sóc theo dõi đặc biệt.

- Khi trẻ được 6 tuần tuổi: tiêm vắcxin BH - UV - HG, uống vắcxin bại liệt và tiêm nhắc lại viêm gan B.

2. Các bất thường và cách xử trí

- Đối với bà mẹ:

+ Nếu thiếu máu: điều trị thiếu máu.

+ Nếu bị nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ để chống nhiễm khuẩn.

+ Nếu bị cương vú và nứt núm vú: cần kiểm tra và đánh giá về các bữa bú của trẻ.

+ Nếu có bất thường nào khác cần chuyển ngay đến cơ sở y tế nơi gần nhất để đánh giá tình trạng và hướng xử lý các bước tiếp theo.

- Đối với trẻ sơ sinh:

+ Nếu có bất thường nào khác cần chuyển ngay đến cơ sở y tế nơi gần nhất để đánh giá tình trạng và hướng xử lý các bước tiếp theo.

+ Nếu trẻ không tăng cân: cần đánh giá lại bữa bú của trẻ, khẩu phần và chất lượng bữa ăn của người mẹ cũng như chế độ nghỉ ngơi và làm việc của người mẹ.

CÁC NGUY CƠ, TAI BIẾN THƯỜNG GẶP TRONG QUÁ TRÌNH MANG THAI, CHUYỂN DẠ VÀ NGAY SAU SINH

THAI NGHÉN CÓ NGUY CƠ CAO

Thai nghén có nguy cơ cao là tình trạng thai nghén có khả năng gây tai biến đối với sức khỏe và tính mạng của bà mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh trong quá trình mang thai, trong chuyển dạ và trong thời kỳ đầu sau sinh.

Yếu tố nguy cơ cao là những dấu hiệu hoặc triệu chứng gợi ý cho biết lần thai nghén hoặc sinh đẻ này có thể xảy ra tai biến cho bà mẹ và thai nhi. Việc phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ cao giúp tiên lượng và xử trí kịp thời nhằm bảo toàn tính mạng cho bà mẹ và thai nhi.

1. Phân loại các yếu tố nguy cơ cao

Có thể phân chia các yếu tố nguy cơ thành 5 nhóm chính sau đây:

1.1. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới cơ địa của thai phụ

- Tuổi của thai phụ:

+ Dưới 16 tuổi: dễ bị đẻ khó, đẻ non, thai suy dinh dưỡng, tỷ lệ tử vong chu sinh cao.

+ Trên 35 tuổi: dễ bị đẻ khó, nguy cơ rối loạn nhiễm sắc thể, sơ sinh dị dạng, tử vong chu sinh cao.

- Thể trạng của thai phụ: quá béo (trên 70 kg) hoặc quá gầy (dưới 40 kg) cũng là một trong những yếu tố nguy cơ cho thai phụ trong cuộc đẻ.

- Những bất thường về giải phẫu của đường sinh dục như tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung... dễ gây đẻ non.

1.2. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới tiền sử bệnh tật của thai phụ

- Cao huyết áp: nguy cơ tai biến cho thai phụ (tiền sản giật nặng, sản giật; rau bong non; xuất huyết não) có thể dẫn đến tử vong.
- Bệnh thận: nguy cơ cao huyết áp mạn dẫn tới sản giật, tiền sản giật, suy thận...
- Bệnh đái tháo đường (bệnh tiểu đường): bệnh sẽ nặng lên trong khi mang thai gây ra các biến chứng: tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật, sảy thai và thai lưu, nhiễm trùng tiết niệu, đẻ non, đa ối, thai to hoặc thai chậm phát triển trong tử cung, hội chứng suy hô hấp cấp sơ sinh, tăng tỷ lệ tử vong chu sinh, dị tật bẩm sinh, hạ đường huyết sơ sinh, hạ canxi máu sơ sinh,...
- Bệnh tim: đặc biệt là bệnh tim có biến chứng gây tử vong cao.
- Bệnh nội tiết: dễ gây biến chứng cho thai phụ và thai nhi.
- Rối loạn hệ miễn dịch, bệnh tạo keo.
- Bệnh ác tính: ung thư vú, ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng,...
- Bệnh thiếu máu: suy tuỷ, hồng cầu lưỡi liềm.
- Bệnh nhiễm khuẩn cấp hoặc mạn tính: lao phổi, thương hàn,...
- Bệnh lây truyền qua đường tình dục: chlamydia trachomatis, herpes sinh dục, HPV, lậu, giang mai, HIV.

- Bệnh do virus: viêm gan virus, rubella.

- Bệnh do ký sinh trùng: sốt rét cơn, trichomonas âm đạo.

- Bệnh não: viêm não, động kinh, tâm thần,...

- Nhiễm khuẩn niệu - sinh dục: tụ cầu, coli, proteus.

- Bệnh di truyền có tính chất gia đình như: chảy máu, tiểu đường, sinh đôi, đa thai.

- Bệnh ngoại khoa: gãy xương chậu, bệnh trĩ, tạo hình bàng quang do chấn thương,...

1.3. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới bệnh và các yếu tố bất thường phát sinh trong kỳ thai này

Chẳng hạn như nôn nặng trong 3 tháng đầu, chảy máu đường sinh dục, chấn thương, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhức đầu, hoa mắt, thai quá ngày sinh, thai kém phát triển, các ngôi thai không thuận lợi, song thai, đa thai, đa ối, thiếu ối, cao huyết áp, bệnh sốt rét, cúm nặng, bệnh thiếu máu, tiền sản giật.

1.4. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới tiền sử sản khoa

- Sảy thai liên tiếp nhiều lần: thường do bất thường của hai vợ chồng, thiểu năng nội tiết, bất thường ở tử cung.

- Thai chết lưu: thường do các nguyên nhân như: u xơ tử cung, bệnh toàn thân như tăng huyết áp, bệnh thận...

- Tiền sử đẻ non, con dưới 2.500 g gây nguy cơ cho sơ sinh.

- Hoạt động của nội tiết sinh dục kém dễ gây sảy thai, đẻ non...

- Tiền sử đẻ băng huyết.

- Tiến hành điều trị vô sinh trong thời gian dài.

- Bất đồng nhóm máu ABO gây nguy cơ cho thai.

- Tiền sử sản giật dễ dẫn tới sản giật ở những lần có thai sau.

- Trẻ dị dạng bẩm sinh, bất thường thể nhiễm sắc thì dễ bị dị dạng ở các lần sau.

- Tiền sử bị đình chỉ thai nghén thì lần có thai này cũng dễ bị nguy cơ đó. Chẳng hạn như tiền sử đình chỉ thai nghén do tiền sản giật nặng thì thai lần này cũng dễ bị như vậy.

- Tiền sử phẫu thuật lấy thai dễ có nguy cơ phẫu thuật lại hoặc tiền sử đẻ lấy thai bằng forceps, giác kéo... dễ bị can thiệp lại ở lần có thai này.

- Các lần đẻ quá gần hoặc quá xa nhau.

1.5. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới yếu tố xã hội

Liên quan tới nhóm này, phải kể đến các yếu tố như gia cảnh nghèo đói, trình độ văn hóa thấp, ở xa cơ sở y tế, giao thông vận tải không thuận tiện,... Tất cả những yếu tố trên đều là những nguy cơ cao cho thai kỳ của một phụ nữ.

2. Khám thực thể để phát hiện thai nghén có nguy cơ cao

2.1. Khám thực thể chung

- Đo chiều cao sản phụ: nếu sản phụ cao dưới 145 cm thì sẽ khó sinh.

- Khám cân nặng: số cân tăng lên mà dưới 20% trọng lượng khi có thai là bình thường.

- Đo huyết áp.

- Khám da, niêm mạc, khám vú, khám tim mạch, khám phổi, khám mắt, khám ngoại khoa (vẹo, gù).

- Khám bất thường về khung chậu: dáng đi không cân đối, lệch, vẹo, gù, biến dạng hoặc đo các đường kính khung chậu ngoài nhỏ hơn bình thường thì cũng ảnh hưởng đến các đường kính của tiểu khung.

2.2. Khám chuyên khoa

- Khám khung chậu, tử cung (chiều cao tử cung, tư thế, u xơ), âm đạo (sa sinh dục), cổ tử cung (rách, viêm, tư thế...), tầng sinh môn (ngắn, dài, sẹo cũ...), phần phụ (u...).

- Viêm nhiễm đường sinh dục và bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.3. Chăm sóc và đánh giá suốt quá trình thai nghén

2.3.1. Khám thai định kỳ

Việc khám thai định kỳ nhằm phát hiện các yếu tố nguy cơ cao:

- Trong suốt thời kỳ mang thai, cân nặng của thai phụ tăng dưới 6 kg hoặc dưới 1 kg/1 tháng.

- Bề cao tử cung không tăng hoặc nhỏ đi trong hai lần khám thai liên tiếp: thai kém phát triển, thiếu ối hoặc thai chết lưu.

- Bề cao tử cung quá to so với tuổi thai: có thể do thai to, đa ối, song thai hoặc đa thai, khối u và thai nghén.

- Thai quá ngày sinh.

- Thai đạp ít hơn hay nhiều hơn bình thường, thai không máy, không đạp.

- Ngôi bất thường: ngôi mông, ngôi ngang,...

- Khám khung chậu sờ được chỏm nhô hoặc hai gai hông nhô nhiều.

- Ra máu âm đạo bất thường trong nửa đầu hoặc nửa cuối thai kỳ.

- Ra nước âm đạo do rỉ ối hay vỡ ối.

- Đái dắt, đái buốt, nước tiểu ít hoặc đục.

2.3.2. Những vấn đề cần đánh giá để duy trì thai nghén

- Tình trạng sức khỏe của mẹ tốt, bảo đảm cho một quá trình thai nghén.

- Những thay đổi sinh lý phù hợp, không ảnh hưởng tới sức khỏe người mẹ về tim, mạch, huyết áp...

- Chiều cao tử cung phù hợp với tuổi thai.

- Không có thai nghén bất thường: chửa trứng, thai ngoài tử cung...

- Thai máy ở nửa sau của thai kỳ, tim thai nghe đều rõ.

- Nếu có nhau tiền đạo: không ra máu hoặc ra máu ít.

- Tiền sản giật: không nặng lên, có thể duy trì nếu đáp ứng với điều trị.

- Nếu có nhiễm khuẩn: điều trị tích cực cho thai phụ khỏi trước khi chuyển dạ và không để lại nguy cơ cho mẹ và con.

- Dự kiến ngày sinh chính xác, tránh thai già tháng.

2.3.3. Những yếu tố có thể gây biến chứng trong chuyển dạ

Cần biết những yếu tố sau đây để tiên lượng thai nghén có nguy cơ cao trong chuyển dạ. Chuyển dạ dù đủ tháng, non hay già tháng đều có thể có biến chứng xảy ra, đặc biệt khi:

- Bệnh của mẹ tăng lên trong khi sinh: tăng huyết áp, hôn mê gan, phù phổi cấp, suy tim cấp, viêm nội tâm mạc bán cấp, hen phế quản, lao phổi.

- Đa ối, thiếu ối, ối vỡ non, vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối...

- Ngôi thai bất thường: ngôi trán, ngôi vai...

- Rối loạn cơn co tử cung: cường tính, không đều...

- Bất thường về dây rốn: ngắn, quấn cổ, sa dây rốn...

- Mẹ rặn yếu, rặn không sổ gây suy thai, ngạt thai, mẹ mệt có thể bị choáng.

- Cổ tử cung không tiến triển.

- Chỉ định sản khoa không đúng về forceps, về sử dụng oxytocin có thể gây vỡ tử cung, chết thai.

- Đờ tử cung gây băng huyết, sót rau gây chảy máu và nhiễm khuẩn, chấn thương đường sinh dục gây chảy máu.

- Trẻ sơ sinh bị thoát vị cơ hoành (bẩm sinh), ngạt, xẹp phổi, chảy máu phổi, non tháng nhẹ cân (< 2500 g), suy hô hấp, nhiễm khuẩn, xuất huyết não.

3. Các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng

3.1. Xét nghiệm thường quy:

- Xét nghiệm máu: nhóm máu, công thức máu, máu chảy, máu đông, sinh sợi huyết đường máu, giang mai, HbsAg,...

- Xét nghiệm nước tiểu: protein, đường, trụ niệu, cặn,...

3.2. Từ các dấu hiệu lâm sàng sẽ có quyết định xét nghiệm cận lâm sàng để đánh giá nguy cơ:

- Siêu âm: thai sống, chết, dị dạng, số lượng thai, lượng nước ối...

- Thể nhiễm sắc: cho phụ nữ trên 35 tuổi, tiền sử đẻ con bị bệnh Down hoặc rối loạn thể nhiễm sắc khác.

- Theo dõi nhịp tim thai (ống nghe tim thai, monitor sản khoa).

- Test gây cơn co tử cung để xác định tim thai bình thường hay bất thường.

- Đánh giá chỉ số Bishop để chọn cách sinh cho phù hợp.

- Theo dõi những hoạt động sinh học của thai qua siêu âm (thai thở, cử động...)

- Chẩn đoán X quang: ít dùng.

4. Đánh giá thai trong chuyển dạ

Cần đánh giá nguy cơ thai nhi trong chuyển dạ dựa vào các điểm sau:

- Tần số tim thai.

- Nhịp tim thai.

- Tim thai và cơn co tử cung (DIP I, DIP II, DIP biến đổi...).

- Phân su, ối.

- Đánh giá nguy cơ cho mẹ trong chuyển dạ: Các nguy cơ trong quá trình mang thai như: tiền sản giật, hen phế quản, tăng huyết áp, bệnh tim... sẽ nặng lên trong chuyển dạ thành sản giật, suy tim, phù phổi cấp...

5. Chăm sóc thai nghén có nguy cơ

Về nguyên tắc, cán bộ y tế tuyến xã khi phát hiện thai nghén có nguy cơ cao thì phải chuyển thai phụ lên tuyến huyện. Tuyến huyện tùy từng trường hợp và tùy theo khả năng chuyên môn và trang thiết bị của mình mà quyết định giữ thai phụ ở lại tuyến của mình để điều trị hoặc gửi lên tuyến tỉnh. Cần tôn trọng nguyên tắc sau:

- Không để xảy ra tai biến rồi mới đình chỉ thai nghén.

- Đình chỉ thai nghén để cứu mẹ khi cần thiết.

- Tích cực điều trị thai suy và trẻ sơ sinh bị ngạt.

5.1. Biện pháp chung

- Quản lý thai nghén để sớm xác định các yếu tố nguy cơ.

- Loại bỏ thai nghén không mong muốn bằng biện pháp sản khoa thích hợp.

- Thực hiện chăm sóc và đánh giá mức độ thai nghén nguy cơ với phương châm cứu mẹ là chính, cố gắng bảo tồn thai.

5.2. Biện pháp riêng

- Điều trị nội khoa các bệnh nội khoa của sản phụ: tim, phổi...

- Điều trị ngoại khoa: cắt bỏ u xơ, khâu vòng cổ tử cung...

- Cai nghiện thuốc lá, ma túy...

- Nghỉ ngơi tại giường, chế độ ăn uống tốt.

- Thuốc giảm co, corticoid giúp cho phôi thai trưởng thành.

- Theo dõi chặt chẽ tình trạng bệnh tật và thai nghén của bà mẹ để quyết định duy trì hoặc đình chỉ thai nghén để cứu mẹ.

CHẢY MÁU TRONG NỬA ĐẦU CỦA THỜI KỲ THAI NGHÉN

Nửa đầu của thời kỳ thai nghén được tính là 21 tuần đầu của kỳ mang thai. Trong thời kỳ đầu của thai nghén có 3 nguyên nhân gây chảy máu: dọa sảy thai - sảy thai, chửa ngoài tử cung, chửa trứng.

Trong nửa đầu của thời kỳ thai nghén, chảy máu là dấu hiệu nguy cơ cao có thể dẫn đến các tai biến nghiêm trọng và có thể gây tử vong cho bà mẹ. Vì vậy, hầu hết các trường hợp chảy máu phải được phát hiện sớm và chuyển tuyến kịp thời.

1. Dọa sảy thai - sảy thai

Sảy thai là trường hợp thai và rau bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần (kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối).

Sảy thai bao gồm: dọa sảy thai, đang sảy thai, sảy thai hoàn toàn, sảy thai không hoàn toàn, sảy thai nhiễm khuẩn, sảy thai đã chết.

1.1. Dọa sảy thai

- *Triệu chứng:*

+ Chậm kinh và nghén.

+ Ra máu âm đạo đỏ tươi.

+ Tức bụng dưới hoặc đau âm ỉ vùng hạ vị.

+ Cổ tử cung còn dài, đóng kín.

+ Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.

+ Xét nghiệm hCG bằng que thử nhanh cho kết quả dương tính.

+ Siêu âm thấy hình ảnh túi ối hoặc có thai, âm vang thai và tim thai ở trong buồng tử cung.

- Xử trí đối với tuyến xã:

+ Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón.

+ Tư vấn cho người bệnh và gia đình những tiến triển có thể xảy ra.

+ Nếu sau khi nghỉ ngơi, các triệu chứng không đỡ phải chuyển lên tuyến trên.

+ Nếu đau bụng và ra máu tăng phải chuyển lên tuyến trên ngay, không được giữ ở cơ sở, trước khi chuyển cần cho uống thuốc giảm co bóp tử cung: spasmaverine 40 mg uống 2 viên x 2 lần/ngày.

1.2. Đang sảy thai

- Triệu chứng:

+ Đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị.

+ Máu ra ngày càng nhiều, có khi choáng.

+ Khám âm đạo: cổ tử cung đã xóa, mở, có thể thấy nhau, thai hoặc cổ tử cung hình con quay vì lỗ trong và phần trên cổ tử cung đã giãn rộng phình to do khối thai đã xuống đoạn dưới.

- Xử trí đối với tuyến xã:

+ Nếu rau và thai đã thập thò ở cổ tử cung thì dùng 2 ngón tay hoặc kẹp hình tim lấy thai ra rồi chuyển tuyến trên. Tiêm bắp một ống oxytocin 5 mg trước khi chuyển và tiêm bắp một ống ergometrin 0,2 mg nếu băng huyết nặng.

+ Nếu có hiện tượng choáng cần truyền dịch trong khi chuyển tuyến hoặc chờ tuyến trên xuống xử trí.

1.3. Sảy thai hoàn toàn

- Triệu chứng:

+ Thường gặp khi sảy thai trong 6 tuần đầu.

+ Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc sau đó máu ra ít dần.

+ Khám cổ tử cung đóng, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

- Xử trí đối với tuyến xã:

+ Cho uống kháng sinh (nếu có nguy cơ nhiễm khuẩn).

+ Tư vấn cho người bệnh về nghỉ ngơi, ăn uống, theo dõi.

+ Nếu người bệnh đến khám lại vì những triệu chứng bất thường như: đau bụng, ra máu, sốt thì chuyển tuyến trên.

1.4. Sảy thai không hoàn toàn (sót nhau)

- Triệu chứng:

+ Sau khi thai sảy, ra máu kéo dài.

+ Còn đau bụng.

+ Cổ tử cung mở và tử cung còn to.

- Xử trí đối với tuyến xã: tư vấn, cho kháng sinh và chuyển lên tuyến trên.

1.5. Sảy thai nhiễm khuẩn

- Triệu chứng:

+ Sốt, mệt mỏi, khó chịu, tim đập mạnh.

+ Cổ tử cung mở.

+ Tử cung mềm, ấn đau.

+ Ra máu kéo dài và hôi, có khi có mủ.

- *Xử trí đối với tuyến xã:* tư vấn, cho kháng sinh gentamycin 80 mg x 1 ống (tiêm bắp) hoặc amoxicillin 500 mg x 2 viên (uống) và chuyển tuyến trên ngay.

1.6. Sảy thai đã chết

Sảy thai đã chết là tình trạng thai chết ở tuần thai dưới 22 tuần thường lưu lại trong tử cung. Trong những tháng đầu các triệu chứng giống như trường hợp sảy thai.

- *Triệu chứng:*

+ Có triệu chứng có thai sau đó ra máu âm đạo, hết nghén, vú có thể tiết sữa non, không thấy thai máy, tim thai không có.

+ Cổ tử cung đóng kín, có máu đen, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

+ Xét nghiệm hCG cho kết quả âm tính (nếu thai đã chết lâu), siêu âm túi ối méo mó, không có tim thai (thực hiện khi chuyển từ tuyến xã lên tuyến huyện).

- *Xử trí đối với tuyến xã:* cần tư vấn và chuyển tuyến trên vì nếu xử trí tại tuyến xã có thể gây chảy máu và nhiễm khuẩn nặng.

2. Chửa ngoài tử cung (thai ngoài tử cung)

Chửa ngoài tử cung là trường hợp trứng sau khi đã thụ tinh không làm tổ và phát triển trong buồng tử cung mà phát triển ở bên ngoài buồng tử cung.

- *Triệu chứng:*

+ Chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, có thể có triệu chứng nghén.

+ Đau âm ỉ ở vùng bụng dưới và đau về bên vòi tử cung có trứng làm tổ, thỉnh thoảng có cơn đau nhói.

+ Rong huyết: máu ra ít một kéo dài ở âm đạo với đặc điểm máu đen, lợn cợn (như bã cà phê) và rả rích ra trong nhiều ngày.

+ Thân tử cung hơi to hơn bình thường, cạnh tử cung có khối nề, ranh giới không rõ, ấn đau, cổ tử cung đóng kín. Khi chạm ngón tay vào cổ tử cung thì đau tăng lên.

+ Xét nghiệm hCG cho kết quả dương tính. Nếu làm siêu âm sẽ không thấy hình ảnh túi ối hoặc các âm vang thai trong buồng tử cung mà lại thấy những âm vang bất thường ở một bên vòi tử cung.

+ Nếu thai ngoài tử cung đã vỡ: người bệnh có cơn đau dữ dội, đột ngột, có choáng do mất máu, bụng trướng nhẹ, có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp. Cổ tử cung đóng có ít máu theo tay, các túi cùng đầy, đặc biệt túi cùng sau phồng và ấn ngón tay vào người bệnh rất đau, tử cung di động như bơi trong nước.

- Xử trí đối với tuyến xã:

+ Khi nghi ngờ thai ngoài tử cung phải tư vấn và gửi ngay lên tuyến trên.

+ Thể ngập máu ổ bụng phải hồi sức chống choáng và chuyển đi bằng phương tiện nhanh nhất đến nơi có khả năng phẫu thuật gần nhất, hoặc mời kíp phẫu thuật và hồi sức tuyến trên

xuống xử trí. Nếu di chuyển phải có cán bộ y tế đi hộ tống và có thuốc hồi sức đem theo.

- *Phòng tránh chửa ngoài tử cung:*

+ Thực hiện tốt vệ sinh hằng ngày, vệ sinh khi có kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, khi sảy thai, khi đẻ,... để tránh bị viêm nhiễm.

+ Khám phụ khoa định kỳ hoặc khi thấy có triệu chứng bất thường phải đi khám phụ khoa ngay để phát hiện sớm các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và phải tiến hành điều trị tích cực.

+ Khi có thai cần phải đi khám sớm ngay trong những ngày đầu thấy chậm kinh để có thể kịp thời phát hiện các tai biến sớm của thai nghén, trong đó có chửa ngoài tử cung.

+ Lựa chọn biện pháp tránh thai thích hợp để hạn chế tỷ lệ nạo, hút thai.

+ Dùng kháng sinh đủ liều sau sảy thai, phá thai.

3. Chửa trứng

Chửa trứng là bệnh của nhau trong đó gai nhau thoái hóa thành các túi mọng nước.

- *Triệu chứng:*

+ Triệu chứng cơ năng: mất kinh như những trường hợp thai nghén khác; tình trạng nghén nặng hơn bình thường: nôn mửa nhiều, mệt mỏi, người xanh xao, gầy sút, đôi khi xuất hiện đầy đủ các triệu chứng của tiền sản giật như tăng huyết áp, phù, protein liệu; ra máu âm đạo ít một, màu

đen, dai dẳng nhiều ngày, ban đêm thường ra máu nhiều hơn; đau bụng.

+ Triệu chứng thực thể: tử cung to nhanh hơn tuổi thai (thai 2-3 tháng nhưng tử cung đã to bằng thai 5-6 tháng, trừ chửa trứng thoái triển); thăm khám ngoài và trong đều thấy tử cung mềm; nắn qua thành bụng không thấy các phần thai nhi (dù tử cung to); không nghe thấy tim thai.

- *Xử trí đối với tuyến xã:*

+ Tư vấn và chuyển ngay lên tuyến trên ngay cả khi đang chảy máu. Không được giữ lại theo dõi ở tuyến cơ sở vì có thể gây sảy trứng băng huyết, nguy hiểm cho người bệnh.

+ Cần nhắc nhở người bệnh đi thăm khám đầy đủ, đúng định kỳ ở tuyến trên và không nên có thai trong vòng ít nhất 1 năm mặc dù xét nghiệm hCG đã cho kết quả âm tính.

CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI CỦA THỜI KỲ THAI NGHÉN VÀ TRONG CHUYỂN DẠ

Chảy máu trong nửa cuối của thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ là chảy máu âm đạo sau 22 tuần thai và trong chuyển dạ trước khi sổ thai. Trong nửa cuối của thời kỳ thai nghén và trong chuyển dạ có 3 nguyên nhân gây chảy máu: nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung.

1. Nhau tiền đạo

Nhau tiền đạo là nhau không bám ở đáy mà bám ở đoạn dưới tử cung lan tới hoặc che lấp lỗ trong cổ tử cung.

1.1. Nguyên nhân

Nhau tiền đạo tăng lên ở những người có tiền sử sau:

- Tiền sử đã bị mổ lấy thai vì nhau tiền đạo.
- Tiền sử đã bị mổ lấy thai, mổ tử cung để bóc u xơ tử cung, chửa ở góc tử cung, mổ tạo hình tử cung...
- Tiền sử nạo sảy thai, nạo sót nhau, nạo hút thai nhiều lần.
- Tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc nhau nhân tạo.
- Tiền sử đẻ nhiều lần.

Những nguyên nhân trên có thể làm tổn thương nội mạc tử cung ở vùng đáy làm cho tuần hoàn

màng rụng kém phát triển hoặc do nhiễm khuẩn và teo nội mạc tử cung nên dễ dẫn đến nhau tiền đạo.

1.2. Triệu chứng

- *Triệu chứng cơ năng:*

+ Chảy máu: chảy máu đột ngột, không kèm đau bụng, máu ra đỏ tươi, kết thúc đột ngột cũng như khi xuất hiện, khoảng cách giữa các đợt ngắn lại, lượng máu ra càng về sau càng nhiều hơn. Khi chuyển dạ, chảy máu gây nguy hiểm đến tính mạng.

+ Toàn thân: thiếu máu tùy theo trạng thái mất máu, nếu mất máu nhiều có thể bị choáng, vã mồ hôi, nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- *Triệu chứng thực thể:*

+ Khám bụng: tử cung mềm, sờ nắn được phần thai, ngôi thai còn cao hoặc ngôi không thuận (ngang - ngược) do bánh nhau bám ở đoạn dưới làm cho sự bình chỉnh ngôi thai không bình thường.

+ Tim thai: bình thường, có thể suy thai nếu mẹ bị choáng do bị mất máu nhiều hay ít.

+ Cần phân biệt chảy máu do tổn thương ở cổ tử cung như polyp, viêm cổ tử cung, sùi mào gà ở âm đạo và cổ tử cung, giãn tĩnh mạch âm hộ, ung thư cổ tử cung, cần phải đặt van hoặc mỏ vịt để quan sát (chỉ định làm ở phòng phẫu thuật).

+ Khi chuyển dạ có thể sờ thấy múi nhau hay bờ nhau. Nếu nghi ngờ nhau tiền đạo không nên cố gắng tìm múi nhau và bờ nhau vì làm như vậy sẽ gây chảy máu nhiều. Ở tuyến y tế cơ sở nếu nghi ngờ là nhau tiền đạo thì không được thăm khám âm đạo bằng tay vì sẽ gây chảy máu nhiều hơn, nguy hiểm cho mẹ và thai nhi.

1.3. Xử trí đối với tuyến xã

- Khi xác định là nhau tiền đạo cần chuyển lên tuyến trên để có hướng xử lý.

- Nếu chuyển dạ: cho thuốc giảm co tử cung nifedipine 10 mg ngậm dưới lưỡi và tiêm bắp 10 mg morphin rồi chuyển lên tuyến trên ngay. Nếu máu ra nhiều kèm theo choáng thì cần sơ bộ chống choáng bằng truyền dịch (nước muối sinh lý hoặc ringer lactate), cho thuốc giảm co tử cung rồi chuyển ngay lên tuyến có trung tâm phẫu thuật hoặc yêu cầu tuyến trên xuống hỗ trợ trong trường hợp không thể đưa sản phụ lên tuyến trên. Khi thực hiện chuyển lên tuyến trên cần phải có cán bộ y tế đi cùng có mang theo phương tiện hồi sức.

2. Nhau bong non

Nhau bong non là nhau bám ở vị trí bình thường nhưng bong sớm một phần của bánh nhau, trước khi sổ thai. Có hai loại nhau bong non: nhau bong non bệnh lý (thường do tiền sản giật) và nhau bong non do chấn thương (sản phụ bị ngã hoặc bị tai nạn xe cộ,...).

2.1. Nguyên nhân

Nhau bong non có thể do tăng huyết áp, hội chứng tiền sản giật, tiền sử bị nhau bong non, do sang chấn, dây rốn ngắn, hút thuốc lá, nghiện rượu nặng,...

2.2. Triệu chứng

Tùy theo thể bệnh, người ta chia làm 3 loại:

- Loại 1 (thể nhẹ): tử cung chỉ tăng co hơn bình thường, sản phụ thấy đau nhẹ, đôi khi ra

một ít máu đen, tim thai vẫn nghe rõ. Thể này rất khó phát hiện nếu không thực hiện siêu âm thai.

- Loại 2 (thể trung bình): tử cung có cơn co tăng nhiều hơn, sản phụ đau vừa, tim thai bắt đầu suy, ra máu âm đạo lượng vừa, thâm đen, loãng, có thể bị choáng nhẹ. Thể này thường kèm theo dấu hiệu của hội chứng tiền sản giật.

- Loại 3 (thể nặng): sản phụ đau dữ dội, tim thai không nghe thấy, có hội chứng tiền sản giật nặng, choáng nặng do mất máu và do rối loạn đông máu, ra máu âm đạo thâm đen, loãng, không đông, trương lực cơ tử cung tăng, sờ nắn thấy tử cung cứng liên tục như gỗ và tử cung tăng chiều cao, ối căng phồng, nước ối có thể có máu,...

Lưu ý: mặc dù bị choáng nặng nhưng lúc đầu huyết áp chưa tụt xuống vì huyết áp của sản phụ thường cao sẵn, khi huyết áp đã tụt dưới mức bình thường là tình trạng sản phụ đã rất nặng, có thể đã bắt đầu có dấu hiệu rối loạn đông máu và đe dọa nghiêm trọng tới tính mạng sản phụ và thai nhi.

2.3. Xử trí đối với tuyến xã

- Khi đã chẩn đoán là nhau bong non dù ở thể nào cũng phải tư vấn cho sản phụ và gia đình để chuyển lên tuyến trên - nơi có điều kiện thực hiện phẫu thuật và hồi sức, khi chuyển tuyến cần có nhân viên y tế đi cùng có mang theo phương tiện hồi sức.

- Nếu sản phụ bị choáng thì cần thực hiện hồi sức trước và trong khi chuyển tuyến.

3. Vỡ tử cung

Vỡ tử cung là một tai biến sản khoa rất nguy hiểm dẫn đến tử vong mẹ và thai nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

3.1. Nguyên nhân

- Khung chậu hẹp hay bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu, khối u tiền đạo.
- Do thai: ngôi trán, ngôi ngang, não úng thủy, thai dính nhau trong sinh đôi, thai to.
- Do nứt sẹo ở cơ tử cung: sẹo mổ lấy thai, sẹo mổ bóc nhân xơ, sẹo cắt vách ngăn tử cung, sẹo cắt góc tử cung trong chửa ngoài tử cung.
- Do dùng thuốc tăng co tử cung không đúng cách.
- Do ấn đáy tử cung khi sản phụ rặn mà ngôi chưa lọt.
- Do thủ thuật sản khoa: forceps cao, xoay thai.

3.2. Triệu chứng

- Trước khi vỡ tử cung có dấu hiệu dọa vỡ tử cung trừ trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung. Thai phụ đang đau dữ dội, sau một cơn đau chói đột ngột thì hết đau và có thể choáng.
- Cơn co tử cung không còn.
- Tim thai mất.
- Tử cung không còn hình trứng, không còn dấu hiệu vòng Bandl (dấu hiệu dọa vỡ).
- Bụng chướng, nắn đau.
- Sờ thấy các phần của thai nhi ngay dưới da bụng.
- Có thể ra máu âm đạo.

- Thăm khám âm đạo không xác định được ngôi thai.

3.3. Xử trí đối với tuyến xã

- Hồi sức choáng, tư vấn và chuyển ngay đến tuyến có khả năng phẫu thuật, nhất thiết phải có nhân viên y tế đi cùng kèm theo phương tiện hồi sức.

- Nếu tình trạng nặng, sản phụ không thể di chuyển lên tuyến trên được thì cần phải nhờ tới sự trợ giúp của tuyến trên về phương tiện, bác sĩ, thuốc men.

Đối với tuyến xã, để hạn chế những ca bị vỡ tử cung thì cần phải thực hiện quản lý tốt thai nghén ở cơ sở nhằm phát hiện các nguy cơ cao như khung chậu hẹp, u tiền đạo, bất tương xứng giữa thai và khung chậu, ngôi trán, ngôi ngang,... để gửi lên tuyến trên theo dõi ngay từ thời kỳ mang thai ban đầu. Cán bộ y tế xã cần thực hiện tư vấn việc sinh đẻ có kế hoạch, không đẻ dày, không đẻ nhiều, khi có thai phải đi khám định kỳ và thực hiện theo lời khuyên của cán bộ y tế, theo dõi chuyển dạ cẩn thận, phải sử dụng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện và xử trí sớm dấu hiệu dọa vỡ tử cung; sử dụng oxytocin đúng quy cách; đỡ đẻ đúng phương pháp, tuyệt đối không được đẩy bụng; luôn luôn chuẩn bị sẵn phương tiện vận chuyển và hồi sức cấp cứu.

CHẢY MÁU SAU ĐẺ

Chảy máu sau đẻ là hiện tượng chảy máu cấp tính ngay sau khi đẻ, nhau còn trong buồng tử cung hoặc nhau đã sổ ra ngoài. Chảy máu sau đẻ hiện nay vẫn là một tai biến sản khoa hay gặp và vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong cho mẹ hàng đầu ở nước ta.

Nguyên nhân của chảy máu sau đẻ: đờ tử cung; chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung); bất thường bong nhau, sổ nhau; rối loạn đông máu.

1. Đờ tử cung

Đờ tử cung là dấu hiệu cơ tử cung không co chặt lại thành khối an toàn sau khi nhau đã sổ để thực hiện tắc mạch sinh lý, do đó gây chảy máu. Đờ tử cung có hai mức độ:

- Đờ tử cung có hồi phục: cơ tử cung giảm trương lực sau đẻ nhưng còn đáp ứng với các kích thích cơ học, hóa học.
- Đờ tử cung không hồi phục: cơ tử cung không còn khả năng đáp ứng với bất kỳ kích thích nào.

1.1. Nguyên nhân

- Chất lượng cơ tử cung yếu: đẻ nhiều lần, tử cung có sẹo mổ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng.
- Tử cung bị căng giãn quá mức vì đa thai, đa ối, thai to.

- Thời gian chuyển dạ kéo dài.

- Nhiễm khuẩn ối.

- Sót nhau, màng nhau trong buồng tử cung.

- Sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, tiền sản giật.

1.2. Triệu chứng lâm sàng

- Chảy máu ngay sau khi sổ nhau là triệu chứng phổ biến nhất. Máu từ chỗ nhau bám chảy ra ứ đọng lại trong buồng tử cung rồi mỗi khi có cơn co tử cung lại đẩy ra ngoài một khối lượng máu. Nếu tử cung đờ hoàn toàn không hồi phục thì máu chảy ra liên tục hoặc khi ấn vào đáy tử cung máu sẽ chảy ồ ạt ra ngoài.

- Tử cung co giãn to, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn mặc dù nhau đã sổ.

- Mật độ tử cung mềm nhão, khi cho tay vào buồng tử cung không thấy tử cung bóp vào tay mà mềm nhẽo như ở trong cái túi, trong tử cung có toàn máu cục và máu loãng.

- Có thể dẫn đến choáng nếu không xử trí kịp thời: khi bị ra máu nhiều, sản phụ xanh nhợt, mạch đập nhanh, huyết áp hạ, khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

- Nếu đờ tử cung nặng có thể dẫn đến tai biến lộn tử cung.

1.3. Xử trí đối với tuyến xã

- Thực hiện xử trí khẩn trương, tiến hành song song với cầm máu và hồi sức.

- Dùng các biện pháp cơ học để cầm máu: xoa bóp tử cung, chẹn động mạch chủ bụng, chẹn tử cung qua thành bụng, ép ngoài tử cung bằng hai tay hoặc ép trong và ngoài tử cung.

- Thông tiểu để bàng quang rỗng.

- Kiểm soát tử cung lấy hết nhau sót và máu cục rồi tiêm bắp thuốc oxytocin 5-10 đơn vị, có thể tiêm bắp nhắc lại 2 lần. Nếu tử cung không co, tiêm ergometrin 0,2 mg x 1 ống vào bắp hoặc misoprostol 200 mcg x 4-5 viên đặt hậu môn.

- Truyền dịch chống choáng (tốt nhất nên dùng ringer lactate hoặc mặn đẳng trương).

- Cho kháng sinh toàn thân.

Nếu không cầm máu được thì tư vấn cho sản phụ và gia đình, nhanh chóng chuyển lên tuyến trên hoặc mời tuyến trên xuống hỗ trợ. Khi chuyển lên tuyến trên nhất thiết phải có nhân viên y tế đi cùng để theo dõi kèm theo phương tiện hồi sức cần thiết, đồng thời xoa bóp tử cung liên tục.

2. Chấn thương đường sinh dục

Chấn thương đường sinh dục là một nguyên nhân gây chảy máu từ chỗ rách và xảy ra sau khi sổ thai. Nếu không xử trí kịp thời sẽ gây mất máu nặng, gây đờ tử cung và rối loạn đông máu.

2.1. Nguyên nhân

- Người thực hiện đỡ đẻ không đúng kỹ thuật: đẩy bụng, lạm dụng oxytocin.

- Đẻ nhanh, thai to.

- Cổ tử cung chưa mở hết mà sản phụ đã rặn đẻ.

- Can thiệp thủ thuật không đúng chỉ định và không đủ điều kiện.

2.2. Triệu chứng và chẩn đoán

- Chảy máu xuất hiện ngay sau khi thai sổ, lượng máu mất nhiều hay ít tùy tổn thương nặng hay nhẹ.
- Tử cung co tốt nhưng máu vẫn chảy ra ngoài âm hộ, máu đỏ tươi chảy rỉ rả hay thành dòng, liên tục.
- Chẩn đoán rách ở tầng sinh môn và âm hộ dễ dàng qua quan sát.
- Chẩn đoán rách âm đạo bằng tay nhưng đặt van quan sát sẽ giúp cho việc quan sát được tốt hơn.
- Chẩn đoán rách cổ tử cung và cùng đồ bằng cách cho 2 ngón tay theo bề ngoài cổ tử cung, sát tới cùng đồ, nếu có chỗ khuyết là rách cổ tử cung. Để kiểm tra chính xác thì phải dùng van và 2 kẹp hình tim kiểm tra từng đoạn cổ tử cung để quan sát tìm chỗ rách.

2.3. Xử trí đối với tuyến xã

- Thực hiện nguyên tắc tiến hành song song cầm máu và hồi sức.
- Khâu lại tầng sinh môn nếu rách độ 1, 2.
- Nếu rách tầng sinh môn ở độ 3, rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, vẫn tiếp tục chảy máu hoặc máu tụ thì cần phải chuyển lên tuyến trên hoặc nhờ tuyến trên hỗ trợ xử lý sau khi đã được chèn gạc đến tận cổ tử cung hoặc kẹp cầm máu tạm thời.
- Cho kháng sinh.

3. Bất thường về bong nhau, sổ nhau

3.1. Sót nhau, sót màng

- Nguyên nhân:

+ Tiền sử sảy thai, nạo hút thai nhiều lần.

+ Đẻ nhiều lần và có lần đã bị sót nhau, viêm nội mạc tử cung.

+ Sau đẻ non, đẻ thai lưu, sẹo vết mổ cũ.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Chảy máu thường xuất hiện ngay sau khi mổ.

+ Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít, có thể nhiều (5 phút máu thẫm ướt đẫm băng vệ sinh là nhiều).

+ Tử cung có thể co hồi kém, máu đọng lại ở trong buồng tử cung làm tử cung căng to không co lại được, có thể gây đờ tử cung thứ phát.

+ Có thể phát hiện sớm sót nhau sau đẻ bằng cách kiểm tra bánh nhau và màng nhau thấy thiếu. Chú ý đến những bánh nhau phụ khi thấy các mạch máu trên màng nhau.

+ Nếu phát hiện muộn, không xử trí kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu choáng: sản phụ khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi, huyết áp hạ, tử cung thường co không tốt.

- Xử trí đối với tuyến xã:

+ Truyền dịch tĩnh mạch ngay.

+ Cho thuốc giảm đau (morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp) và tiến hành kiểm soát tử cung. Khi kiểm

soát tử cung phải lấy hết nhau và màng nhau sót, toàn bộ máu cục và máu loãng trong buồng tử cung. Trường hợp kiểm tra nhau phát hiện sót nhau nhưng không chảy máu nhiều thì có thể tiêm thuốc co thắt tử cung rồi chuyển lên tuyến trên để xử trí.

+ Tiêm bắp 5-10 đơn vị oxytocin hoặc ergometrin 0,2 mg x 1 ống.

+ Cho kháng sinh toàn thân: amoxicillin 250 mg x 4 viên/ngày x 7 ngày.

+ Theo dõi sát mạch đập, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.

+ Nếu có choáng phải tiến hành hồi sức, tư vấn rồi chuyển lên tuyến trên, trường hợp không chuyển được lên tuyến trên thì cần yêu cầu tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển lên tuyến trên cần có cán bộ y tế đi cùng.

3.2. Nhau không bong

Người ta chia nhau không bong làm 2 thể:

+ Nhau cài răng lược toàn phần: toàn bộ bánh nhau bám vào lớp cơ tử cung.

+ Nhau cài răng lược bán phần: chỉ một phần bánh nhau bám sâu vào cơ tử cung.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Đối với thể nhau cài răng lược toàn phần: trường hợp này ít gặp, nhau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai, nhau bám chặt và không chảy máu.

+ Đối với thể nhau cài răng lược bán phần: sau khi thai đã sổ 30 phút nhau không bong được,

có chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện nhau bong rộng hay hẹp.

- Xử trí đối với tuyến xã:

+ Nếu chảy máu, tiến hành bóc nhau và kiểm soát tử cung, cho tiêm bắp oxytocin 10 đơn vị, xoa bóp tử cung, hồi sức chống choáng, cho kháng sinh.

+ Nếu không bóc được hoặc vẫn chảy máu thì phải chuyển tuyến trên ngay hoặc mời tuyến trên hỗ trợ.

+ Nếu toàn bộ bánh nhau không bong, không chảy máu thì không được bóc nhau, phải chuyển lên tuyến trên để xử lý ngay.

4. Rối loạn đông máu

Rối loạn đông máu có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều mất sinh sợi huyết (đông máu nội quản rải rác). Đông máu nội quản rải rác có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung và nhau bong non. Tất cả những tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết. Đối với trường hợp này cần tư vấn cho sản phụ và gia đình chuyển lên tuyến trên ngay.

CHOÁNG SẢN KHOA

Choáng là một tình trạng suy sụp hoàn toàn, làm giảm hoặc ngừng cung cấp máu, oxy đến nuôi dưỡng các cơ quan, đặc biệt là các cơ quan quan trọng như tim, phổi, não. Đây là tình trạng nguy hiểm đòi hỏi nhân viên y tế phải có thái độ xử trí kịp thời và tích cực mới có khả năng cứu sống bệnh nhân.

1. Nguyên nhân

- Do mất máu: nhau tiền đạo, nhau cài răng lược bán phần, nhau bong non, chảy máu sau đẻ: vỡ tử cung, sang chấn đường sinh dục, đờ tử cung gây băng huyết; sảy thai băng huyết, chảy máu sau nạo do sót nhau, chửa ngoài tử cung vỡ.
- Do nhiễm khuẩn: phá thai không đúng quy trình, nhiễm khuẩn hậu sản: nhiễm khuẩn huyết, viêm phúc mạc sau mổ đẻ...
- Do tâm lý, phản xạ, đau đớn: cán bộ y tế không giải thích trước khi thăm khám vùng sinh dục, tầng sinh môn, không dùng thuốc giảm đau hoặc thuốc giảm đau chưa có tác dụng đã tiến hành khám, can thiệp.

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1. Choáng do mất máu

- Mạch nhanh, nhỏ (lớn hơn hoặc bằng 110 lần/phút), có khi không đều, mạch ngoại biên không bắt được.

- Huyết áp tụt (dưới 90/60 mmHg).

- Da xanh tái, niêm mạc nhợt (quanh môi, mi mắt và lòng bàn tay).

- Vã mồ hôi.

- Tay chân lạnh do co mạch ngoại vi.

- Nhịp thở nhanh, nông (nhịp thở thường trên 30 lần/phút).

- Lơ mơ, vật vã, hôn mê.

- Xét nghiệm máu biểu hiện tình trạng thiếu máu nặng.

2.2. Choáng do nhiễm khuẩn, nhiễm độc

- Mệt mỏi, lơ mơ, chân tay lạnh, vật vã.

- Sốt cao, có khi rét run do độc tố vi khuẩn, có khi hạ thân nhiệt.

- Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt.

- Huyết áp hạ, kẹt hoặc dao động.

- Nhịp thở nhanh, sâu.

- Da xanh, vàng, có những nốt hay những mảng xuất huyết dưới da.

- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao, công thức bạch cầu biến động.

- Cấy máu khi người bệnh sốt cao rét run có thể thấy vi khuẩn mọc.

2.3. Choáng do tâm lý, phản xạ, đau đớn

- Toàn trạng: da xanh, vã mồ hôi.

- Mạch nhỏ, khó bắt.

- Huyết áp tụt hoặc không đo được.

- Nhịp thở nhanh, nông.

- Xét nghiệm máu bình thường, bạch cầu không tăng.

3. Xử trí ban đầu

Khi xảy ra choáng, xử trí tích cực ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu bệnh nhân qua cơn nguy kịch.

- Kêu gọi mọi người đến giúp đỡ cùng cấp cứu bệnh nhân.
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhịp tim, nhiệt độ.
- Bảo đảm thông thoáng đường thở bằng cách cho bệnh nhân nằm tư thế ngửa đầu thấp (hoặc quay về một bên nếu bệnh nhân nôn).
- Hút đờm dãi nếu bệnh nhân tiết nhiều đờm dãi và cho bệnh nhân thở oxy qua mũi với tốc độ 6-8 lít/phút. Tại tuyến xã nếu không có bình oxy có thể cho bệnh nhân thở oxy qua túi đựng oxy, tốt nhất nên cho oxy đi qua một bình chứa nước để bảo đảm đủ độ ẩm.
- Bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh các dung dịch đẳng trương, không nên dùng các dung dịch đường để bồi phụ tuần hoàn. Trong trường hợp nguy cấp cần lập nhiều đường truyền dịch cùng một lúc. Tốc độ truyền có thể tới 1 lít/15-20 phút, trong giờ đầu tiên phải truyền được 2 lít dịch. Trong trường hợp khó lấy tĩnh mạch (vì lúc này các mạch máu đều bị xẹp xuống) thì phải bộc lộ tĩnh mạch. Tuyệt đối không bù nước cho bệnh nhân bằng cách cho uống nước.

- Trong trường hợp mất máu (do băng huyết) cần phải truyền máu cho bệnh nhân. Việc quyết định truyền máu hay không chủ yếu dựa vào lâm sàng và xét nghiệm, nên tiến hành thử máu tại giường bệnh.

- Trong trường hợp bị băng huyết phải bằng mọi cách cầm máu ngay lập tức.

- Xét nghiệm công thức máu chức năng gan, thận, tình trạng đông máu,...

- Trong trường hợp choáng do nhiễm khuẩn cần cấy máu, cấy sản dịch tìm nguyên nhân gây bệnh sau đó dùng ngay kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh, khi có kháng sinh đồ thì dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI NGHÉN VÀ MỘT SỐ BỆNH LIÊN QUAN

Tăng huyết áp là một triệu chứng có thể có trước lúc mang thai hoặc xuất hiện lúc mang thai, hay đã có sẵn và nặng lên do thai nghén. Điều này có nghĩa là tăng huyết áp khi có thai có thể có nguyên nhân độc lập với tình trạng mang thai hoặc nguyên nhân do thai. Bất kể do nguyên nhân gì thì việc tăng huyết áp trong thai nghén là dấu hiệu báo động, hoặc dấu hiệu biểu hiện của một thai kỳ tiềm ẩn nhiều nguy cơ có thể gây tử vong cho mẹ và thai nhi. Trong sản khoa, tăng huyết áp đi kèm với protein niệu và phù tạo nên một bệnh cảnh đặc biệt mà trước đây người ta thường gọi là tiền sản giật.

Bảng phân loại tăng huyết áp trong thai nghén

Triệu chứng	**Chẩn đoán**
- Huyết áp tâm thu >= 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương >= 90 mmHg, trước 20 tuần tuổi thai	Tăng huyết áp mạn tính
- Huyết áp >= 140/90 mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 90-110 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai - Không có protein niệu	Thai nghén gây tăng huyết áp

Triệu chứng	Chẩn đoán
- Huyết áp >= 140/90 mmHg hoặc huyết áp tâm trương dưới 90-110 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai - Protein niệu có thể tới ++ - Không có triệu chứng khác	Tiền sản giật nhẹ
- Huyết áp tâm trương từ 110 mmHg trở lên sau 20 tuần tuổi thai và protein niệu +++ hoặc hơn - Ngoài ra, có thể có các dấu hiệu sau: + Tăng phản xạ + Đau đầu tăng, chóng mặt + Nhìn mờ, hoa mắt + Thiểu niệu (dưới 400 ml/24 giờ) + Đau vùng thượng vị + Phù phổi ...	Tiền sản giật nặng
- Có cơn co giật - Hôn mê - Kèm theo một số dấu hiệu tiền sản giật nặng	Sản giật

1. Tiền sản giật

- Tiền sản giật là sự phát triển của tăng huyết áp và protein niệu do thai nghén. Tiền sản giật thường xảy ra sau tuần thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ. Tuy nhiên, tiền sản giật nặng có thể phát hiện sớm trước thời điểm đó với sự hiện diện của bệnh tế bào nuôi (chửa trứng).

- Tỷ lệ xảy ra tiền sản giật trong thai nghén là khoảng 5-10%.

1.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng:

- Tăng huyết áp.

- Protein niệu:

+ Protein niệu thường là dấu hiệu sau cùng của bộ 3 triệu chứng. Mức độ protein niệu có thể thay đổi lớn hơn trong 24 giờ, do đó xét nghiệm nước tiểu muốn chính xác phải được lấy cả 24 giờ.

+ Protein niệu thường dương tính khi lớn hơn 0,3 g/lít (nước tiểu 24 giờ) hoặc trên 0,5 g/lít (một mẫu nước tiểu ngẫu nhiên) (tương đương +).

Bảng phân loại mức độ protein niệu

Mức độ protein niệu	Nước tiểu 24h
Vết	0,1 g/lít
+	0,3 g/lít
++	1,0 g/lít
+++	3,0 g/lít
++++	10,0 g/lít

- Phù:

Theo cổ điển, phù được mô tả như một dấu hiệu sớm nhất của tiền sản giật đang phát triển. Tuy nhiên, phù cũng như sự tăng thể tích huyết tương là điều mà người ta dự kiến có trong lúc mang thai. 85% người mang thai bị phù trong 3 tháng cuối là phù sinh lý. Phù được coi là sinh lý khi chỉ phù nhẹ ở chân, mắt cá, thường phù vào buổi chiều, nếu

nằm nghỉ ngơi kê chân cao sẽ hết phù. Phù được xem là bệnh lý khi phù toàn thân: chân, tay, cả mặt khi mới thức dậy buổi sáng, có khi kèm theo tràn dịch màng bụng hoặc màng phổi.

Triệu chứng cận lâm sàng:

- Chức năng thận: ngoài protein niệu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu phụ thuộc vào mức độ trầm trọng của tổn thương thận.
- Xét nghiệm chức năng gan: SGOT, SGPT có thể tăng trong trường hợp tiền sản giật nặng.
- Tế bào máu: số lượng hồng cầu, hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu giảm.
- Soi đáy mắt: có dấu hiệu Gunn, phù gai thị, xuất huyết võng mạc,...

1.2. Các hình thái lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng phân loại các hình thái lâm sàng và cận lâm sàng của tiền sản giật

Triệu chứng	Tiền sản giật nhẹ	Tiền sản giật nặng
Huyết áp tâm trương	< 90-110 mmHg	>= 110 mmHg
Protein niệu	Vết, + hoặc ++	+++ hoặc nhiều hơn
Nhức đầu	Không	Có
Rối loạn thị giác: mờ mắt, nhìn đôi	Không	Có
Đau vùng thượng vị	Không	Có

Nôn, buồn nôn	Không	Có
Thiểu niệu	Không	Có
Creatinin máu	Bình thường	Tăng
Giảm tiểu cầu	Không	Có
Tăng bilirubin máu	Không	Có
Tăng men gan	Tăng rất ít	Tăng đáng kể
Thai chậm phát triển	Không	Có
Phù phổi	Không	Có

1.3. Biến chứng của tiền sản giật nặng

- Biến chứng về phía mẹ:

+ Sản giật.

+ Xuất huyết não.

+ Mù mắt.

+ Hoại tử ống thận cấp, suy thận cấp.

+ Chảy máu dưới bao gan, có thể vỡ gan xuất huyết vào ổ bụng.

+ Suy tim cấp.

+ Phù phổi cấp.

+ Có thể gây rối loạn đông máu như giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch.

- Biến chứng về phía con:

+ Thai chậm phát triển trong tử cung (56%).

+ Đẻ non (40%) do tiền sản giật nặng hoặc sản giật phải cho đẻ sớm.

+ Tử vong chu sinh: tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao nếu có biến chứng nhau bong non, đẻ non. Tỷ lệ tử vong chu sinh chiếm khoảng 10%.

1.4. Dự phòng và điều trị

- Dự phòng:

Do rất khó xác định nguyên nhân nên dự phòng bệnh lý rất khó thực hiện. Tuy nhiên, cần lưu ý đến vấn đề dẫn đến tiền sản giật thông qua khai thác bệnh sử gia đình, nội khoa, đăng ký quản lý thai nghén.

- Điều trị:

+ Đối với mẹ: ngăn cản sự tiến triển của bệnh, tránh các biến chứng có thể xảy ra.

+ Đối với con: bảo đảm sự phát triển bình thường của thai nhi trong tử cung, hạn chế những nguy cơ có thể xảy ra cho thai nhi: kém phát triển trong tử cung, suy dinh dưỡng, thai chết lưu và giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong chu sinh.

Khi điều trị, cán bộ y tế cần phải nắm vững phương châm: "bảo vệ mẹ là chính, có chiếu cố đến con". Thuốc điều trị triệu chứng cho mẹ đồng thời có thể tác động đến thai nhi nên cần cân nhắc kỹ trước khi dùng thuốc điều trị cho mẹ.

+ Đối với tiền sản giật nhẹ: có thể điều trị ngoại trú hoặc nhập viện, nghỉ ngơi và nằm nghiêng bên trái, có thể dùng thuốc an thần tùy theo tình trạng của người bệnh, tiến hành theo dõi hằng tuần, nếu có dấu hiệu nặng thì cần nhập viện và tiến hành điều trị tích cực, nếu thai đủ tháng cho đẻ chủ động.

+ Đối với tiền sản giật nặng thì cần tiến hành chuyển lên tuyến trên ngay.

2. Sản giật

Sản giật được xác định khi xuất hiện những cơn co giật hoặc hôn mê trên một người bệnh có hội chứng tiền sản giật nặng. Sản giật có thể xảy ra trước đẻ (50%), trong đẻ (25%), và sau đẻ (25%).

2.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng:

Trên lâm sàng mỗi cơn co giật điển hình thường trải qua 4 giai đoạn:

+ Giai đoạn xâm nhiễm: khoảng 30 giây đến 1 phút. Có những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng, mí mắt nhấp nháy, nét mặt nhăn nhúm sau đó cơn giật lan xuống 2 tay.

+ Giai đoạn giật cứng: khoảng 30 giây, toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp co thắt lại làm cho người bệnh dễ ngạt thở vì thiếu oxy.

+ Giai đoạn giật giãn cách: giai đoạn này kéo dài khoảng 1 phút. Sau cơn giật cứng các cơ toàn thân và chi trên giãn ra trong chốc lát, rồi liên tiếp những cơn co giật toàn thân, lưỡi thè ra thụt vào nên rất dễ cắn vào lưỡi, miệng sùi bọt mép.

+ Giai đoạn hôn mê: các cử động co giật thưa dần rồi ngưng, người bệnh rơi vào hôn mê, hôn mê nhẹ thì sau 5-7 phút người bệnh sẽ tỉnh lại, nếu hôn mê sâu có thể kéo dài vài giờ đến vài ngày. Người bệnh mất tri giác, đồng tử giãn rộng, rối loạn cơ vòng nên đại, tiểu tiện không chủ động, nếu nặng có thể tử vong trong tình trạng hôn mê kéo dài.

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ Thận: protein niệu lớn hơn 5 g/lít, lượng protein niệu càng cao bệnh càng nặng, có khi lên đến hơn 30 g/lít, cặn nước tiểu, hồng cầu, bạch cầu, trụ hạt (+). Bệnh càng nặng lượng nước tiểu càng ít, có khi vô niệu.

+ Máu: urê máu vẫn bình thường. Nếu urê, creatinin và acid uric tăng sẽ dẫn đến suy thận.

+ Đáy mắt: có thể phù gai thị, xuất huyết võng mạc,...

+ Gan: có thể có khối máu tụ dưới bao gan. Bilirubin máu tăng trên 1,2 mg/lít, có thể xảy ra hoại tử, chảy máu quanh gan, tổn thương gan làm tăng men gan và giảm tiểu cầu.

+ Não: có các tổn thương có thể gặp bao gồm phù, huyết khối, thiếu máu khư trú và chảy máu não.

2.2. Chẩn đoán

- *Chẩn đoán xác định:* dựa trên triệu chứng lâm sàng của cơn co giật điển hình hoặc hôn mê trên một người bệnh có hội chứng tiền sản giật.

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Động kinh: có tiền sử động kinh trước khi có thai. Không có tiền sản giật.

+ Cơn tetani: có thể có hay không có tiền sử. Cơn co giật xuất hiện đột ngột hoặc có dấu hiệu báo trước như: tăng thân nhiệt, đau bụng, cảm giác kiến bò ở chân tay. Các ngón tay duỗi thẳng và dúm lại. Phản xạ gân xương bánh chè tăng và không hôn mê.

+ Cơn hysteria: sự biểu hiện của các cơn co giật không giống nhau. Tuy không tỉnh nhưng những người xung quanh nói người bệnh vẫn biết. Mất tri giác nhưng không mất phản xạ.

+ Các tai biến mạch máu não: xuất huyết não, tắc mạch não.

+ Tổn thương não: u não, áp xe não.

+ Các bệnh nhiễm khuẩn: viêm màng não, viêm não.

+ Các bệnh chuyển hóa: hạ canxi huyết, hôn mê tiểu đường, hôn mê do urê máu cao, hôn mê do gan.

2.3. Biến chứng

- *Về phía mẹ:*

+ Cắn phải lưỡi khi lên cơn co giật.

+ Ngạt thở.

+ Phù phổi cấp, viêm gan cấp, viêm thận cấp.

+ Xuất huyết não, màng não.

+ Thông manh, ngớ ngẩn.

+ Tăng huyết áp mạn, viêm gan, viêm thận mạn.

- *Về phía con:*

+ Thai kém phát triển trong tử cung.

+ Đẻ non.

+ Thai chết trong tử cung.

2.4. Xử trí tại tuyến xã

+ Ngáng miệng để không cắn vào lưỡi, ủ ấm.

+ Tiêm bắp tay hay tiêm tĩnh mạch chậm thuốc diazepam 10mg/ống.

+ Chuyển tuyến tỉnh, cố định người bệnh tốt trong khi chuyển.

SINH ĐÔI

Sinh đôi (song thai) là sự phát triển đồng thời hai thai trong tử cung người mẹ. Tỷ lệ sinh đôi trung bình từ 1-1,5% tổng số ca đẻ. Sinh đôi là tình trạng thai nghén có nguy cơ, tỷ lệ bệnh lý và tử vong chu sinh cao hơn sinh một. Ngoài sinh đôi, có một số trường hợp sinh ba, tư nhưng tỷ lệ này hiếm gặp.

Dựa vào nguồn gốc phát sinh mà sinh đôi được chia thành 2 loại: sinh đôi một noãn (sinh đôi đồng hợp tử) và sinh đôi hai noãn (sinh đôi dị hợp tử).

1. Đặc điểm thai sinh đôi

- Tỷ lệ thai bệnh lý và tử vong chu sinh cao 7-10%, chủ yếu là đẻ non.
- Tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở sinh đôi đồng hợp tử cao hơn sinh đôi dị hợp tử.
- Trong chuyển dạ, sinh đôi đồng hợp tử có nguy cơ cao hơn sinh đôi dị hợp tử.
- Hai thai chung tuần hoàn sẽ dẫn đến tình trạng mất cân bằng tuần hoàn trong cho - nhận máu, khiến cho một thai teo đét, một thai phù thũng.
- Dị dạng thai: hai thai dính nhau.

2. Triệu chứng và chẩn đoán

2.1. Triệu chứng

- Triệu chứng cơ năng:

+ Dấu hiệu nghén: thai phụ có dấu hiệu nghén nhiều hơn bình thường so với lần có thai trước hoặc so với người cùng có thai.

+ Tử cung to nhanh làm thai phụ có thể cảm thấy khó thở do cơ hoành bị đẩy lên. Thai phụ mệt mỏi, đi lại khó khăn.

+ Thai máy ở nhiều nơi trên tử cung.

+ Thường có dấu hiệu phù sớm và nhiều hơn bình thường do tử cung to chèn ép tuần hoàn hai chi dưới.

- *Triệu chứng thực thể:*

+ Nhìn thấy bụng to, thành bụng căng, có nhiều vết rạn. Hai chân phù to, trắng mọng, đôi khi phù lên tới bụng.

+ Đo chiều cao tử cung lớn hơn tuổi thai. Khi thai đủ tháng chiều cao tử cung có thể tới 35-40 cm trên vệ, vòng bụng có thể tới 100 cm hoặc hơn.

+ Khó nắn thấy cả bốn cực. Thường nắn thấy ba cực: hai cực đầu, một cực mông hoặc hai cực mông, một cực đầu. Nếu chỉ nắn thấy hai cực thì hai cực đó phải là hai cực đầu hoặc hai cực mông. Đôi khi không nắn rõ được cực nào mà chỉ thấy được nhiều chi.

+ Nghe được ổ tim thai riêng biệt, tần số hai ổ tim thai chênh lệch hơn nhau 10 nhịp/phút. Khoảng cách giữa hai ổ tim thai trên 10 cm.

+ Khám âm đạo là cách khám bổ sung giúp khẳng định kết quả khám ngoài. Khám âm đạo xác định được một cực của thai, ngoài một cực đã xác định khi khám ngoài. Ngoài việc chẩn đoán xác định song thai thì việc xác định tư thế của hai thai trong buồng tử cung cũng rất quan trọng. Hiếm khi gặp hai thai nằm ngang, có thể gặp hai thai nằm dọc một bên trái, một bên phải.

- Triệu chứng khác:

+ Thông qua siêu âm có thể phát hiện sinh đôi sớm. Chẩn đoán sinh đôi ở giai đoạn đầu dễ dàng vì ở giai đoạn này màng đệm thấy rõ, tạo thành vòng dày khác với màng ối mỏng và thưa âm vang hơn.

* Thai 6 tuần tuổi: thấy hai túi thai.

* Thai 10 tuần: thấy hai túi thai, hai ổ tim thai.

* Thai trên 17 tuần tuổi: đo đường kính lưỡng đỉnh của mỗi đầu thai nhi, trên siêu âm có thể theo dõi sự phát triển khác nhau của từng thai. Dấu hiệu đa ối thường gặp trong song thai.

+ Thông qua chụp X quang bụng: để xác định chẩn đoán nếu còn nghi ngờ. Có hình ảnh 2 đầu, 2 cột sống của thai nhi trên phim chụp. Tuy nhiên, phương pháp này làm cho thai dễ bị nhiễm tia X. Chỉ tiến hành khi thai nhi đã đạt trên 7 tháng.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Thai to: chỉ nắn thấy hai cực đầu và mông, phần thai to tương ứng với tuổi thai, nghe một ổ tim thai.

- Một thai - đa ối: trong sinh đôi, tỷ lệ dư ối khoảng 10%, khám có dấu hiệu bập bềnh, thành tử cung căng, mềm, khó nắn được các cực của thai, nghe tiếng tim thai nhỏ, xa xăm.

- Một thai và một khối u buồng trứng: khi nắn dễ nhầm khối u là một cực của thai.

- Một thai và u xơ tử cung: có thể phân biệt vì trong cơn co các phần thai khó xác định được còn khối u buồng trứng, u xơ tử cung vẫn nắn thấy rõ.

3. Xử trí tại tuyến xã

- Theo dõi, đánh giá sự phát triển của thai kỳ trong 6 tháng đầu, bảo đảm vệ sinh thai nghén, chế độ dinh dưỡng, cung cấp thêm viên sắt và acid folic, sau đó chuyển thai phụ lên tuyến trên.

- Dự phòng hiện tượng đẻ non: cần có một chế độ nghỉ ngơi thích hợp cho thai phụ. Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời khi có hiện tượng dọa đẻ non (dùng các thuốc giảm co tử cung).

DỌA ĐẺ NON VÀ ĐẺ NON

Dọa đẻ non và đẻ non là hiện tượng thai nghén bị đe dọa hay bị chuyển dạ đẻ khi thai chưa đủ tháng nhưng vẫn có thể sống được, trong vòng từ hết 22 đến hết 37 tuần tuổi.

1. Nguyên nhân

- Từ phía mẹ:

+ Mắc các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh mạn tính như thiếu máu, bệnh tim, bệnh thận.

+ Có các sang chấn tại vùng tử cung (ngã, sau phẫu thuật).

+ Có các bất thường của tử cung: tử cung dị dạng, tử cung có nhân xơ.

- Từ phía thai:

+ Đa thai (sinh đôi, sinh ba, sinh tư).

+ Thai dị dạng.

- Từ phía phần phụ của thai:

+ Đa ối.

+ Vỡ ối non.

+ Nhau tiền đạo.

+ Nhau bong non.

2. Triệu chứng lâm sàng và cách xử trí

2.1. Dọa đẻ non

- *Chẩn đoán:* xác định dọa đẻ non không khó khăn, dựa vào các triệu chứng lâm sàng và siêu âm.

Nhưng khó khăn chính là vấn đề tiên lượng không rõ có thể giữ được và có nên giữ để khỏi đẻ non hay không.

- Dấu hiệu:

+ Tuổi thai từ hết 22 đến dưới 37 tuần.

+ Chiều cao tử cung phù hợp với tuổi thai.

+ Có cơn co tử cung gây đau bụng.

+ Cổ tử cung còn dài đóng kín.

+ Có thể có ra máu hay chất nhầy màu hồng.

+ Siêu âm thấy nhau bám bình thường, tim thai đập đều.

- Xử trí đối với tuyến xã:

+ Cho thai phụ nằm nghỉ tuyệt đối, phục vụ tại giường, nên nằm nghiêng bên trái cho tới khi hết cơn co, hết ra máu.

+ Tư vấn lý do cần nằm nghỉ để giảm cơn co.

+ Nếu có salbutamol viên 2 mg thì cho ngậm ngày 2-4 viên.

+ Nếu tiến triển không tốt thì cần tư vấn rồi chuyển lên tuyến trên.

2.2. Đẻ non

- Chẩn đoán:

Việc chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu sau:

+ Cổ tử cung xóa, có khi đã mở.

+ Cơn co tử cung đều đặn, gây đau, tần số 3 cơn co trong 10 phút.

+ Có dịch nhầy màu hồng hoặc máu.

+ Đầu ối đã thành lập.

- Xử trí đối với tuyến xã:

+ Tư vấn về lý do không thể giữ được thai.

+ Chuyển lên tuyến trên càng sớm càng tốt.

+ Chỉ thực hiện đỡ đẻ khi không thể chuyển được lên tuyến trên; thực hiện đỡ đẻ ở xã như bình thường, hút nhớt kỹ cho trẻ, ủ ấm, tiêm vitamin K1.

+ Chăm sóc mẹ: theo dõi chảy máu, kiểm soát tử cung nếu chảy máu do sót nhau, thiếu nhau.

+ Chuyển cả mẹ và con lên tuyến trên nếu cần.

THAI QUÁ NGÀY SINH

Thai quá ngày sinh là thai ở trong tử cung (hết 41 tuần) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng. Thai quá ngày sinh dễ bị suy, thai suy nặng có thể chết trong tử cung trước và trong chuyển dạ. Thai quá ngày sinh có tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh cao.

1. Chẩn đoán và đánh giá

1.1. Xác định tuổi thai

- Tuổi thai được tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng (cách tính này có giá trị nếu chu kỳ kinh nguyệt đều).

+ Nếu kinh nguyệt không đều cần hỏi xem chu kỳ kinh dài hay ngắn để loại trừ chẩn đoán sai.

+ Nếu không nhớ ngày kinh cuối cùng cần dựa vào ngày thai máy. Ngày thai máy lần đầu tương ứng với 22 tuần đối với con so và 20 tuần đối với con rạ.

- Dựa vào siêu âm để xác định tuổi thai đối với thai trước 20 tuần nếu không xác định được ngày đầu của kỳ kinh cuối hoặc kinh không đều.

+ Dựa vào tuổi thai ước tính ở lần khám thai hoặc siêu âm đầu tiên để xem tuổi thai hiện tại có tương xứng với lần khám đầu hay không.

+ Dựa vào thời điểm xét nghiệm chẩn đoán thai lần đầu.

1.2. Theo dõi tình trạng thai để phát hiện thai suy

- Theo dõi cử động của thai. Cán bộ y tế cần hướng dẫn thai phụ đếm cử động thai bắt đầu vào một giờ nhất định trong ngày. Nếu cử động thai giảm so với trước, cần làm thêm các thăm dò khác để xác định thai suy. Sau 2 giờ thai không đạp cần cảnh giác, sau 6 giờ thai không đạp cần đi khám.

- Theo dõi liên tục nhịp tim thai kết hợp với cơn co tử cung bằng máy monitor sản khoa để đánh giá sự chịu đựng của thai đối với tình trạng thiếu oxy do cơn co tử cung gây nên. Có thể dùng thử nghiệm không đả kích, thử nghiệm oxytocin hay thử nghiệm núm vú.

- Siêu âm xem tình trạng bánh nhau, độ trưởng thành bánh nhau nhưng không có giá trị chẩn đoán thai quá ngày sinh. Đo chỉ số nước ối bằng siêu âm tại 4 vị trí khác nhau của tử cung. Chỉ số nước ối là số đo của tổng số 4 khoang nước ối, bình thường trên 60 mm.

- Soi ối:

+ Bình thường nước ối trong, có những mảnh chất gây trắng, có thể thấy da, tóc thai qua màng ối.

+ Nước ối có màu xanh có thể là dấu hiệu của thai suy mạn tính.

2. Xử trí đối với tuyến xã

Khi nghi ngờ thai quá ngày sinh cần chuyển thai phụ lên tuyến trên để có hướng xử lý khoa học và an toàn cho bà mẹ và thai nhi.

VỠ ỐI NON

Vỡ ối non là trường hợp ối vỡ trước khi có dấu hiệu chuyển dạ đẻ. Ối vỡ sớm là trường hợp ối vỡ khi bắt đầu có chuyển dạ thực sự. Ối vỡ đúng lúc là ối vỡ khi cổ tử cung đã mở hết. Tỷ lệ ối vỡ non là khoảng 10% các trường hợp đẻ và ối vỡ non là nguyên nhân của 1/4 số trường hợp sinh non.

1. Nguyên nhân

Nguyên nhân dẫn đến vỡ ối non:

- Hở eo cổ tử cung.
- Tử cung bị căng quá mức do đa ối hay do đa thai.
- Nhau bám thấp.
- Ngôi thai bất thường.
- Tử cung dị dạng.
- Viêm âm đạo, viêm cổ tử cung.
- Viêm trong ống cổ tử cung gây nhiễm khuẩn cực dưới túi ối.
- Sang chấn thương.

2. Chẩn đoán

Dấu hiệu để chẩn đoán là nước ối đột ngột ra liên tục, thường ra sau khi có cơn co tử cung. Đầu tiên thai phụ thấy nước chảy ra ào ào, sau đó tiếp tục ra ít một dù không có cơn co và cổ tử cung còn dài, đóng kín. Nếu theo dõi sẽ thấy băng vệ sinh thấm nước ối trong, không có màu, không có mùi khai. Để xác định có thể:

- Soi ối: có thể nhìn thấy qua lỗ cổ tử cung chỗ thủng ở màng ối, từ đó nước ối chảy ra.

- Xét nghiệm pH nước trong âm đạo: các chất dịch âm đạo có pH axit còn nước ối có pH kiềm.

3. Biến chứng

- Nếu để tự nhiên sẽ có một khoảng thời gian kéo dài từ lúc vỡ ối non đến khi khởi phát chuyển dạ. Thời gian đó sẽ càng ngắn khi thai càng gần đủ tháng: nếu tuổi thai trên 38 tuần thì chuyển dạ sẽ xảy ra trong vòng 24 đến 48 giờ sau và cuộc đẻ sẽ diễn biến như bình thường.

- Biến chứng chủ yếu xảy ra nếu thai chưa đủ tháng: trẻ đẻ non thường nhẹ cân, ngôi chưa thuận, dễ bị sa dây nhau, nhiễm khuẩn ối làm cho tỷ lệ bệnh tật và tử vong của các trẻ đó tăng lên.

4. Xử trí đối với tuyến xã

- Tư vấn cho thai phụ về nguy cơ có thể xảy ra cho thai nhi.

- Cho kháng sinh đề phòng nhiễm khuẩn.

- Tư vấn để chuyển lên tuyến trên.

SA DÂY NHAU

Sa dây nhau là tình trạng dây nhau bị sa trước ngôi thai. Sa dây nhau có thể xảy ra lúc còn ối hay nguy hiểm hơn là sa dây nhau sau khi vỡ ối. Đây là một cấp cứu hàng đầu vì sa dây nhau gây ra suy thai cấp do cuống rốn bị chèn ép giữa ngôi và thành chậu hông hoặc do khi bị sa ra ngoài âm đạo việc cung cấp máu của dây nhau cho thai bị đình trệ do sự co thắt của các mạch máu dây nhau. Nếu không lấy thai ra ngay thì có khả năng thai bị chết trong vòng 30 phút.

1. Nguyên nhân

- Về phía mẹ: đẻ nhiều lần nên ngôi thai bình chỉnh không tốt gây các ngôi bất thường; khung chậu hẹp, méo; có khối u tiền đạo.

- Về phía thai: các ngôi bất thường, ví dụ ngôi ngược, ngôi ngang do ngôi không tì vào cổ tử cung nên dây nhau có thể sa trước ngôi; sa một chi làm dây nhau sa theo.

- Về phía phần phụ của thai: đa ối làm ối căng quá mức, có thể vỡ đột ngột kéo dây nhau sa theo; dây nhau dài bất thường; nhau bám thấp.

- Do bấm ối: nếu bấm ối trong cơn co khi ngôi còn cao lỏng.

2. Chẩn đoán

Việc chẩn đoán sa dây nhau tương đối dễ, trong quá trình chuyển dạ có thể thấy:

- Sa dây nhau trong bọc ối: khám âm đạo thấy dây nhau nằm ở bên hoặc dưới ngôi thai nhưng vẫn trong bọc ối.

- Nếu ối đã vỡ: thăm khám âm đạo thấy dây nhau sa trong âm đạo, có khi ra ngoài âm hộ.

- Cổ tử cung thường chưa mở hết.

- Ngôi thai còn cao, có thể là ngôi bất thường.

3. Xử trí đối với tuyến xã

3.1. Sa dây nhau trong bọc ối

- Tư vấn cho sản phụ không rặn để bảo vệ ối khỏi bị vỡ.

- Đặt sản phụ nằm theo tư thế đầu gối - ngực, mông cao.

- Dùng thuốc giảm co tử cung, như nifedipine 10 mg uống, hoặc salbutamol viên 2 mg x 2 viên.

- Chuyển tuyến trên (tư thế sản phụ mông cao).

3.2. Sa dây nhau khi đã vỡ ối

- Xác định xem dây nhau còn đập không bằng cách kẹp dây nhau giữa 2 ngón tay để xem dây nhau đập mạnh, yếu hay không đập. Đồng thời nghe tim thai trên bụng mẹ.

- Nếu thai còn sống:

+ Cho sản phụ nằm tư thế đầu thấp và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ và tình trạng thai nhi.

+ Nếu đủ điều kiện đẻ nhanh: cho đẻ.

+ Nếu không đủ điều kiện đẻ đường dưới: chuyển tuyến.

+ Dùng thuốc giảm co tử cung, như nifedipine 10 mg uống hoặc salbutamol viên 2 mg x 2 viên trước khi chuyển tuyến.

+ Cho 2 ngón tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, tránh chèn ép vào dây rốn hoặc bơm 500 ml huyết thanh vào bàng quang, kẹp ống thông.

+ Tư vấn về việc không nên rặn và những diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai.

+ Nếu dây nhau sa ra ngoài âm hộ, bọc dây nhau nhẹ nhàng bằng khăn ẩm, ấm.

- Nếu thai chết: giải thích cho thai phụ và thân nhân rồi chuyển tuyến trên. Chỉ giữ lại ở cơ sở nếu là ngôi đầu và cuộc đẻ sắp kết thúc.

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

Thai chết trong tử cung là thai chết khi tuổi thai từ 22 tuần trở lên cho đến trước khi chuyển dạ. Thai chết trong tử cung lâu ngày có thể gây rối loạn đông máu. Thai chết thường vô khuẩn khi ối chưa vỡ. Nếu ối đã vỡ, có thể gây nhiễm khuẩn nhanh và nặng cho người mẹ.

1. Nguyên nhân

Thai chết trong tử cung có thể do nhiều nguyên nhân gây nên:

- Nguyên nhân từ phía người mẹ: mẹ bị tăng huyết áp, sản giật và tiền sản giật, bệnh thận và tiểu đường.

- Nguyên nhân từ phía thai như: dị dạng, thai quá ngày sinh, bất đồng nhóm máu, thai suy dinh dưỡng trong tử cung.

- Nguyên nhân từ phần phụ của thai: dây nhau xoắn, thắt nút, ngắn, quấn cổ, đa ối, thiếu ối.

2. Triệu chứng

- Thai phụ không thấy thai cử động, vú tiết sữa, bụng không to lên.

- Khám thấy tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai, có thể thấy chiều cao tử cung giảm đi sau hai lần khám. Không nghe thấy tim thai.

- Siêu âm thấy thai không cử động, không thấy hoạt động tim thai, có dấu hiệu hai vòng ở

xương sọ do da đầu bong ra, xương sọ chồng khớp. Nước ối có thể ít hoặc hết.

- Chụp X quang thấy:

+ Xương sọ chồng khớp, xuất hiện sau khi thai chết khoảng 10 ngày.

+ Cột sống bị gấp khúc.

3. Chẩn đoán

Siêu âm là phương pháp chẩn đoán nhanh và chính xác. Tuy vậy, cần siêu âm nhiều lần, kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng để tránh chẩn đoán nhầm với thai sống.

4. Xử trí đối với tuyến xã

- Tư vấn, chuyển lên tuyến trên vì thai chết trong tử cung có thể dẫn tới nguy cơ chảy máu và nhiễm khuẩn cho người mẹ.

- An ủi, động viên sản phụ.

KHÓ THỞ KHI CÓ THAI VÀ TRONG CHUYỂN DẠ

1. Nguyên nhân

- Thiếu máu nặng.
- Suy tim cấp.
- Viêm phổi cấp.
- Hen phế quản.
- Phù phổi cấp.

2. Triệu chứng

Tùy theo nguyên nhân gây khó thở mà các triệu chứng có thể khác nhau, nhưng nói chung triệu chứng nổi bật là thai phụ thở khó khăn, có thể thở nhanh, nông; có thể thở khó chủ yếu ở thì thở ra (trong bệnh hen) và cùng với khó thở thường kèm theo mạch nhanh, tím tái, đau ngực, ho, huyết áp có thể tăng, có thể giữa số tối đa và tối thiểu bị kẹt.

3. Xử trí chung đối với tuyến xã

- Huy động mọi người có mặt tham gia cấp cứu, phân công mỗi người một việc.

- Đặt thai phụ ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

- Đánh giá nhanh tình trạng chung của thai phụ: đo mạch, huyết áp, đếm nhịp thở, đo nhiệt độ.

- Lập tức đặt một dây truyền tĩnh mạch để tùy từng trường hợp mà xử trí.

- Cho thở oxy (nếu có) 4 đến 6 lít/phút qua mặt nạ hay ống thông qua mũi.

- Chuyển ngay lên tuyến trên và cử cán bộ y tế đi kèm, trong khi chuyển giữ nguyên dây truyền dịch và bóng oxy.

CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

Chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ vì nguyên nhân nào đó bị ngừng lại, không tiến triển được bình thường, phải thực hiện can thiệp bằng thuốc hoặc các thủ thuật để lấy thai. Chuyển dạ đình trệ bao gồm cả chuyển dạ tắc nghẽn và chuyển dạ kéo dài.

1. Nguyên nhân

1.1. Về phía mẹ

- Do bất tương xứng đầu - chậu, tiền sử mẹ có bệnh gây biến dạng khung chậu (bại liệt, lao, chấn thương), khung chậu hẹp, có thể hẹp tương đối hoặc hẹp tuyệt đối gây ra.
- Rối loạn cơn co tử cung: cơn co thưa yếu, cơn co mau, mạnh, cơn co không đồng bộ, trương lực cơ bản của tử cung yếu. Cần phân biệt với chuyển dạ giả.
- Các khối u tiền đạo làm cản trở sự xuống của ngôi thai: như khối u buồng trứng, u xơ tử cung, tử cung đôi, u tiểu khung.
- Cổ tử cung xơ cứng.

1.2. Về phía thai

- Thai to toàn bộ hoặc thai to từng phần (thai to khi cân nặng của thai trên 3.500 g, thai to từng phần như đầu to, não úng thủy, bụng cóc).
- Các thế và kiểu thế bất thường trong ngôi đầu: ngôi chẩm kiểu thế sau, ngôi mặt cằm sau, ngôi thóp trước, ngôi trán.
- Các ngôi bất thường: ngôi vai, ngôi mông.

- Đầu không lọt khi cổ tử cung mở hết thường do ngôi bình chỉnh không tốt hoặc kiểu thế ngang, sau.

1.3. Về phía phần phụ của thai

- Dây rốn quá ngắn.
- Màng ối dày làm cổ tử cung mở chậm.

2. Dấu hiệu nhận biết chuyển dạ đình trệ

- Pha tiềm tàng kéo dài quá 8 giờ, pha tích cực kéo dài quá 7 giờ.
- Khám thấy độ lọt của ngôi không tiến triển.
- Xuất hiện tình trạng chồng khớp sọ, có bướu huyết thanh.
- Trên biểu đồ chuyển dạ, đường mở cổ tử cung cắt sang bên phải đường báo động.
- Cổ tử cung ngừng tiến triển luôn là dấu hiệu của chuyển dạ đình trệ.
- Suy thai, cơn co tử cung mau (trên 5 cơn co trong 10 phút), có vòng Bandl.

Cán bộ y tế cần theo dõi sát biểu đồ chuyển dạ, bởi không phải trường hợp chuyển dạ đình trệ nào cũng có đủ các dấu hiệu trên.

3. Xử trí đối với tuyến xã

Chuyển dạ đình trệ là cuộc chuyển dạ đòi hỏi cán bộ y tế phải đánh giá cẩn thận, quyết định can thiệp nhanh và đúng lúc. Nếu can thiệp quá sớm sẽ làm tỷ lệ can thiệp thủ thuật và mổ lấy thai tăng lên. Ngược lại, nếu can thiệp quá muộn lại gây nguy cơ tai biến nghiêm trọng cho mẹ và con. Do đó, đối với tuyến xã, khi thấy dấu hiệu chuyển dạ đình trệ cần phải nhanh chóng chuyển lên tuyến trên để tiến hành theo dõi và can thiệp.

THAI SUY

Thai suy là tình trạng thai bị thiếu oxy khi còn nằm trong tử cung. Thai suy nặng có thể dẫn đến tử vong. Thai suy được chia làm hai loại:

Thai suy mạn là thai suy khi chưa chuyển dạ, thường do những nguyên nhân bệnh lý của mẹ (bệnh tim, thiếu máu nặng, bệnh phổi, cao huyết áp khi có thai, mẹ bị sốt,...), bệnh lý của con (thai bị nhiễm khuẩn, bị dị dạng, dị tật), hoặc do bất thường về phần phụ của thai (dây nhau bị chèn ép, dây nhau quấn cổ chặt, nhau thai bị xơ hóa, thiếu ối hay cạn ối, thai quá ngày sinh).

Thai suy cấp là thai suy thường gặp trong chuyển dạ do cơn co tử cung quá mạnh làm hạn chế sự lưu thông máu mẹ trong hồ huyết khiến cho thai nhi không thể nhận đủ oxy do máu mẹ cung cấp. Thai suy cấp thường diễn ra khi cơn co tử cung bị rối loạn tăng co (cơn co mạnh, mau, liên tục, kéo dài) nhưng cũng có thể xuất hiện khi cơn co tử cung bình thường nhưng cuộc chuyển dạ kéo dài, thường do sử dụng oxytocin hay thuốc tăng co khác không đúng. Thai suy cấp có thể xảy ra ở thai đã từng bị suy thai mạn hoặc ở thai có bệnh lý.

1. Dấu hiệu nhận biết thai suy

1.1. Nhịp tim thai

- Tần số: nhịp tim thai nhanh (trên 160 nhịp/phút), thường gặp trong thai suy mức độ nhẹ

vì tim thai còn khả năng bù trừ; hoặc chậm (dưới 120 nhịp/phút), nếu kéo dài có nghĩa là thai thiếu oxy cần cho đẻ nhanh. Nếu dùng ống nghe tim thai, cần đếm cả 1 phút, đếm trước và ngay sau cơn co tử cung.

- Nhịp điệu: nhịp tim thai không đều, lúc nhanh, lúc chậm, đặc biệt khi vừa hết cơn co tử cung thấy nhịp tim thai chậm hẳn, có khi rời rạc (suy thai nặng, tiên lượng xấu).

- Âm sắc: so với lúc trước đó, tiếng tim thai nghe mờ và xa xăm.

1.2. Nước ối

- Có lẫn phân su: soi ối nếu ối chưa vỡ, thấy nước ối xanh hoặc vàng. Nếu vỡ ối, thấy nước ối màu xanh hoặc vàng bẩn do khi thai bị suy, tình trạng thiếu oxy sẽ kích thích nhu động ruột tăng lên, đẩy phân su vào buồng ối. Lượng phân su càng nhiều biểu hiện thai suy càng nặng. Tuy nhiên, dấu hiệu nước ối có phân su sẽ không có nếu thai nhi quá non tháng (hệ thần kinh chưa hoàn chỉnh) và thai bị dị tật không có hậu môn.

- Thiếu ối: chẩn đoán bằng siêu âm hoặc bấm ối.

1.3. Cử động thai nhi

Cử động thai có từ khi thai được 4-5 tháng, thường được gọi là thai máy (khi thai còn nhỏ) hay thai đạp (trong những tháng cuối). Cử động thai là những thông tin quý giá của thai nhi về tình trạng sức khỏe của thai nhi mà bà mẹ tiếp nhận được thường xuyên cả ngày lẫn đêm. Khi thai bị

suy, thoạt đầu cử động thai có thể tăng lên nhiều, đột ngột nhưng sau đó các cử động thai sẽ giảm và yếu đi. Đây là dấu hiệu rất quan trọng, cần hướng dẫn cho bà mẹ biết để theo dõi tình trạng sức khỏe con mình (đặc biệt là trong những tháng cuối), nếu thấy thai cử động khác hẳn mọi ngày thì cần đi khám ngay. Khi thai ngủ thường có ít hoặc không có cử động, thời gian ngủ của thai có thể từ 20 phút đến 2 giờ. Vì vậy, nếu quá 2 giờ mà không thấy thai cử động thì đó là dấu hiệu báo động cần cảnh giác và nên đi khám ngay. Cử động thai rất có giá trị để theo dõi thai khi chưa chuyển dạ. Khi đã chuyển dạ đẻ thì do các cơn co tử cung, cử động thai thường ít giá trị để theo dõi.

2. Xử trí đối với tuyến xã

- Khi phát hiện hoặc nghi ngờ thai suy cần chuyển lên tuyến trên dù có chuyển dạ hay không.

- Khi thấy thai suy và cơn co mau:

+ Dùng thuốc giảm co tử cung salbutamol.

+ Tư vấn cho gia đình về nguy cơ của thai và chuyển tuyến ngay đến cơ sở có khả năng phẫu thuật gần nhất.

+ Khi chuyển tuyến, cần hướng dẫn thai phụ nằm nghiêng về bên trái.

+ Nếu có oxy thì cho thai phụ thở oxy trên đường chuyển tuyến. Nếu không có, hướng dẫn cho thai phụ thở sâu để cung cấp nhiều oxy cho mẹ và thai nhi.

SỬ DỤNG OXYTOCIN

Thuốc oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

1. Những trường hợp chỉ định và chống chỉ định sử dụng thuốc oxytocin

Sử dụng thuốc oxytocin trong các trường hợp sau:

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 trong chuyển dạ, sau khi sổ thai để đề phòng chảy máu sau đẻ.
- Điều trị chảy máu sau đẻ.
- Sử dụng oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp gây chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu. Chỉ định này áp dụng ở những nơi có điều kiện phẫu thuật với chỉ định rõ ràng của bác sĩ.

Chống chỉ định sử dụng thuốc oxytocin trong các trường hợp sau:

- Bất tương xứng đầu - chậu.
- Ngôi không có nhưng chỉ định đẻ qua đường âm đạo.
- Nhau tiền đạo.
- Nhau bong non.
- Suy thai cấp và mạn tính.
- Không có phòng phẫu thuật, bác sĩ và phương tiện phẫu thuật.

2. Cách dùng thuốc

Dung dịch glucose 5% x 500 ml pha với oxytocin 5 đơn vị (1 ống), nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ: ban đầu là 5 giọt/phút, sau đó theo dõi cơn co tử cung (cường độ, khoảng cách các cơn co) mà điều chỉnh tốc độ giọt hợp lý (10, 20, 30, 40 giọt) sao cho đạt được 3 cơn co trong 10 phút. Nếu cơn co tử cung quá mạnh (có trên 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 1 phút) thì phải ngừng truyền oxytocin và xin chỉ định của bác sĩ trước khi bắt đầu giảm liều.

Tốt nhất nên sử dụng bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền.

3. Theo dõi

- Bác sĩ phải trực tiếp chăm sóc sản phụ liên tục không được rời mắt để theo dõi toàn trạng và cơn co tử cung.

- Phải ghi trên biểu đồ chuyển dạ. Chỉ tăng thêm oxytocin nếu chuyển dạ tiến triển chậm.

- Khám ngoài: cứ 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi.

- Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền oxytocin. Sau khi ngừng truyền oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

SỐT SAU SINH

Sốt sau sinh là sốt từ trên 24h sau sinh với thân nhiệt từ 38^0C trở lên. Sốt do nhiều nguyên nhân với mức độ nặng, nhẹ khác nhau, như: sốt do mắc bệnh nội - ngoại khoa (nhiễm khuẩn vết mổ, viêm bàng quang, viêm bể thận cấp, sốt rét, viêm lao/viêm phổi, thương hàn, viêm gan do virút); sốt do mắc các bệnh về vú (cương vú, viêm vú, áp xe vú); sốt do nhiễm khuẩn hậu sản (nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung).

1. Sốt do mắc bệnh nội - ngoại khoa

- Nhiễm khuẩn vết mổ:

+ *Dấu hiệu:* vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.

+ *Cách xử trí:* cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu cho thoát dịch, dùng kháng sinh, rửa bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu 2 lần/ngày.

- Viêm bàng quang:

+ *Dấu hiệu:* đái dắt, đái buốt, đau vùng sau hoặc vùng trên mu.

+ *Cách xử trí:* dùng amoxicillin 500 mg uống ngày 3 lần x 5 ngày.

Nếu không có kết quả, cần làm kháng sinh đồ để chọn loại kháng sinh thích hợp.

- Viêm bể thận cấp:

+ *Dấu hiệu:* đái buốt, sốt cao, rét run, đau vùng sườn thắt lưng, chán ăn, buồn nôn, nôn.

+ *Cách xử trí:* cần luôn cảnh giác với choáng nhiễm khuẩn. Có thể sử dụng ampicillin 2g tĩnh mạch x 6 giờ/1 lần. Khi đã hết sốt 2 ngày, cho uống tiếp amoxicillin 1 g x 3 lần/ngày trong 12 ngày.

- Sốt rét:

+ *Dấu hiệu:* rét run, sốt nóng, vã mồ hôi hằng ngày hoặc cách ngày, có thể kèm theo nhức đầu, đau khớp, lách to.

+ *Cách xử trí:* sử dụng theo phác đồ điều trị sốt rét của địa phương (phụ thuộc vào sự nhạy cảm hoặc kháng thuốc của ký sinh trùng sốt rét trong vùng), cho uống nhiều nước và thuốc giảm đau (nếu cần).

- Viêm phổi:

+ *Dấu hiệu:* sốt, khó thở, ho có đờm (màu gỉ sắt), đau ngực, phổi có ran, gõ đục, rung thanh tăng.

+ *Cách xử trí:* chuyển nội khoa càng sớm càng tốt.

- Thương hàn:

+ *Dấu hiệu:* sốt tăng dần, sau khoảng 1 tuần, sốt ở mức cao 40^0C hoặc hơn, nhức đầu, ho khan, mệt mỏi, chán ăn, lách to, có thể rơi vào mê sảng.

+ *Cách xử trí:* chuyển khoa truyền nhiễm.

- Viêm gan do virút:

+ *Dấu hiệu:* sốt, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nước tiểu vàng sẫm, vàng da, gan to, đau cơ, đau khớp.

+ *Cách xử trí:* chuyển khoa truyền nhiễm.

2. Sốt do mắc các bệnh về vú

- Cương vú:

+ *Dấu hiệu:* vú sưng đau cả hai bên, xuất hiện muộn: 3-5 ngày sau đẻ khi bắt đầu tiết sữa nhiều.

+ *Cách xử trí:*

• Nếu người mẹ đang cho con bú và con không bú được, khuyến khích người mẹ vắt sữa bằng tay hoặc bằng bơm hút.

• Nếu người mẹ đang cho con bú và con bú được: khuyến khích tăng số lần cho bú, hướng dẫn tư thế cho con bú đúng cách, làm giảm đau tức (chườm mát, xoa vùng gáy và sau lưng, vắt sữa làm ướt đầu vú cho con dễ bắt vú), sau khi cho con bú cần băng nâng 2 bầu vú không quá chặt, cho uống paracetamol 500 mg x 2 viên/ngày.

• Nếu người mẹ không cho bú: tránh kích thích đầu vú; tránh chườm nóng, xoa vú; chườm lạnh; băng chặt vú; cho uống paracetamol 500mg x 2 viên/ngày.

- Viêm vú:

+ *Dấu hiệu:* vú cương, đau, da vùng vú có quầng đỏ, đầu vú thường nứt nẻ, thường chỉ bị một bên vú.

+ *Cách xử trí:*

• Cho kháng sinh amoxicillin 500 mg uống 4 lần/ngày x 10 ngày hoặc erythromycin 250 mg uống 4 lần/ngày, chia 2 lần x 10 ngày.

• Đối với mẹ: tiếp tục cho bú thường xuyên, băng nâng đỡ vú không quá chặt, chườm mát vú sau khi cho bú.

• Nếu cần thiết có thể cho uống paracetamol 500 mg.

- Áp xe vú:

+ *Dấu hiệu:* vú căng to, sưng đỏ, có chỗ ấn mềm, chọc dò có mủ.

+ *Cách xử trí:* tuyến xã cần chuyển lên tuyến trên để có hướng điều trị thích hợp.

3. Sốt do nhiễm khuẩn hậu sản

3.1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn hậu sản là nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục xảy ra trong thời kỳ 6 tuần sau sinh.

Tác nhân gây bệnh thường là các loại liên cầu khuẩn, trực khuẩn đường ruột, tụ cầu khuẩn, các loại vi khuẩn yếm khí,...

Vi khuẩn có thể lây từ tay của cán bộ nữ hộ sinh, từ các dụng cụ đỡ đẻ, từ mụn nhọt ở da của những người xung quanh, từ các vi khuẩn gây bệnh có sẵn trong đường sinh dục của sản phụ.

Vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể qua vùng nhau bám, vết rách của đường sinh dục khi đẻ hay qua các lỗ tự nhiên, hoặc do tiêm chích. Nó có thể xâm nhập vào một hay nhiều cơ quan nội tạng người bệnh.

Nhiễm khuẩn hậu sản có thể gây viêm vùng chậu, nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn tới choáng nhiễm khuẩn, suy thận và thậm chí có thể dẫn đến tử vong. Về lâu dài có thể dẫn đến viêm vùng chậu mạn tính, chửa ngoài tử cung hoặc bị vô sinh.

Nhiễm khuẩn hậu sản là một cấp cứu phải được điều trị càng sớm càng tốt. Nếu tình trạng của người mẹ sốt nhẹ, tỉnh táo cần xác định nguyên nhân gây sốt ở người mẹ để điều trị thích hợp. Nếu

người mẹ bị sốt cao hoặc choáng, mạch yếu và trên 90 lần/phút hoặc hơi thở nông trên 40 lần/phút, da lạnh ẩm, huyết áp thấp thì cần nhanh chóng tiến hành hồi sức ngay (truyền dịch chậm) và chuyển lên tuyến trên để có hướng xử lý thích hợp.

3.2. Các yếu tố dễ gây nhiễm khuẩn hậu sản

- Vỡ ối sớm (vỡ non).
- Chuyển dạ kéo dài (trên 24 giờ).
- Kỹ thuật rửa tay không bảo đảm vệ sinh.
- Khám âm đạo nhiều lần không bảo đảm vệ sinh.
- Đỡ đẻ không vô khuẩn.
- Chăm sóc vết thương tầng sinh môn sau đẻ không tốt.
- Can thiệp vào buồng tử cung, âm đạo như đặt forceps, giác hút, bóc nhau, kiểm soát tử cung.
- Sót nhau.
- Rách âm đạo, cổ tử cung, tầng sinh môn.
- Băng huyết.
- Mẹ bị bệnh trong khi mang thai như thiếu máu, suy dinh dưỡng, tiểu đường, tiền sản giật, nhiễm khuẩn âm đạo,...

3.3. Nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung

- Nguyên nhân:

+ Thường do rách hoặc cắt tầng sinh môn không khâu hoặc khâu không đúng cách, thiếu vệ sinh sau đẻ.

+ Rách âm đạo, cổ tử cung do đẻ.

+ Bỏ quên gạc trong âm đạo.

- *Triệu chứng:*

+ Vết rách hoặc chỗ khâu sưng tấy, đỏ, đôi khi có mủ.

+ Tử cung co hồi tốt, sản dịch có thể có mùi hôi. Nếu bị sót gạc thì sản dịch có mùi rất hôi.

+ Có thể bị sốt nhẹ: 38^0C-$38,5^0$C.

- *Cách xử trí:*

+ Vệ sinh tại chỗ, rửa bằng thuốc tím pha loãng 0,1%, nước pha loãng betadine hoặc nước muối đẳng trương 9‰.

+ Nếu sau khi dùng kháng sinh, vết khâu vẫn sưng, đỏ, rỉ nước vàng thì cắt chỉ ngắt quãng (cắt bỏ mũi chỉ giữa hai mũi) hoặc cắt chỉ toàn bộ cho thoát dịch.

+ Nếu vết khâu nhiễm khuẩn bung hết chỉ thì phải rửa vết thương cho đến khi hoàn toàn không có mủ, nước vàng, mô dưới da hồi phục trở lại mới được khâu lại tầng sinh môn.

+ Lấy gạc bị bỏ quên trong âm đạo (nếu có).

3.4. Viêm nội mạc tử cung

- *Nguyên nhân:*

+ Thường do sót nhau, nhiễm khuẩn ối, chuyển dạ kéo dài hoặc do những thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung không vô khuẩn,...

+ Đây là hình thái nhiễm khuẩn nhẹ của nhiễm khuẩn tử cung hậu sản, nhưng nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn đến các biến chứng trầm

trọng hơn như viêm tử cung hoàn toàn, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết,...

- Triệu chứng:

+ Sốt nhẹ 38^0C-39^0C trong khoảng 2 ngày sau khi đẻ, không kể 24 giờ đầu và không có nguyên nhân sốt do bệnh khác (như sốt rét) xuất hiện.

+ Tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau.

+ Sản dịch hôi, đôi khi có lẫn mủ.

+ Thể trạng: mệt mỏi, lo lắng.

- Cách xử trí:

+ Hạ sốt bằng đắp khăn nước lạnh và cho uống nhiều nước.

+ Cho thuốc co hồi tử cung (oxytocin 5 đơn vị x 1-2 ống/ngày, tiêm bắp).

+ Cho kháng sinh thích hợp: tiêm hoặc uống trong 7 ngày, liều lượng tùy tình trạng bệnh và loại thuốc có ở cơ sở. Tuyến xã điều trị sau 24 giờ không hạ sốt phải chuyển lên tuyến trên để có hướng xử lý phù hợp.

CẤP CỨU SẢN KHOA TẠI TUYẾN XÃ

1. Thái độ cần có của nhân viên y tế trước một ca cấp cứu sản khoa

- Bình tĩnh, suy nghĩ hợp lý, tập trung vào những nhu cầu của người bệnh.

- Huy động mọi người tham gia hỗ trợ.

- Luôn có mặt bên cạnh người bệnh.

- Yêu cầu đồng nghiệp đem đến các thiết bị cần thiết như túi cấp cứu, thuốc men, bình hay túi oxy, ống nghe, máy đo huyết áp,...

- Đánh giá nhanh tình trạng người bệnh, phát hiện những dấu hiệu bệnh nổi trội nhất (qua hỏi và thăm khám nhanh) để có hướng xử trí phù hợp.

- Tiếp xúc, tư vấn, nói chuyện với người bệnh (nếu họ còn tỉnh táo) và gia đình giúp họ yên tâm, bình tĩnh.

2. Những dấu hiệu nguy hiểm cần phát hiện trong các ca cấp cứu sản khoa

2.1. Tại bộ máy hô hấp

- Tím tái: quan sát da, mặt, môi, cánh mũi.

- Khó thở: đếm nhịp thở, nghe tiếng thở và nghe phổi (rì rào phế nang tăng, giảm).

- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: thiếu máu nặng, suy tim, hen xuyễn, viêm phổi, phù phổi cấp.

2.2. Tại bộ máy tuần hoàn

- Quan sát da: lạnh, ẩm ướt.

- Đếm cụ thể mạch nhanh hay nhỏ.

- Đo huyết áp để xem huyết áp tụt hay tăng cao.

- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: sốc, cao huyết áp, tiền sản giật.

2.3. Chảy máu âm đạo

- Cán bộ y tế cần hỏi xem tuổi thai, nếu mới sinh thì tình trạng sổ nhau như thế nào.

- Khám: Khám xem âm hộ máu còn chảy hay đã ngừng, có vết rách hay không, tính chất và màu sắc của máu như thế nào (đỏ, đen, có cục, không đông).

- Nắn bụng đánh giá tử cung: phù hợp hay không phù hợp với tuổi thai, tình trạng co hồi của tử cung (kiểm tra có đờ tử cung hay không).

- Kiểm tra bàng quang có căng nước tiểu không.

- Khi chảy máu ở giai đoạn sau của thai nghén thì không nhất thiết phải thăm khám âm đạo để chẩn đoán.

- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: sảy thai, thai trứng, thai ngoài tử cung, nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung, đờ tử cung, rách đường sinh dục, sót nhau, lộn tử cung, rối loạn đông máu.

2.4. Hôn mê hoặc/và co giật

- Cán bộ y tế cần hỏi người nhà sản phụ về thai nghén (tuổi thai), các dấu hiệu trước đó như có bị phù, nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, đau thượng vị, có tiền sử bệnh sốt rét, co giật hay không.

- Thực hiện khám cho sản phụ, đo huyết áp, đếm mạch, đo thân nhiệt.

- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: sản giật, sốt rét, động kinh, uốn ván.

2.5. Sốt cao

- Cán bộ y tế cần hỏi sản phụ hoặc gia đình sản phụ về các nội dung: có sảy thai, đẻ trước đó: sảy, hút thai, đẻ và can thiệp khi sảy, đẻ (sảy, đẻ ở nhà, có bóc nhau hoặc kiểm soát tử cung, mổ đẻ,...), có tiền sử sốt rét, có tiền sử về bệnh tiết niệu.
- Tiến hành khám, đo thân nhiệt, đếm mạch, đo huyết áp.
- Quan sát và khám sản dịch (màu, mùi, số lượng).
- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: sảy thai nhiễm khuẩn, sót nhau, nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn hậu sản, các nhiễm khuẩn toàn thân khác: não - màng não (cổ cứng, hôn mê), viêm phổi (khó thở, nghe phổi), viêm phúc mạc (nôn, khám bụng), vú (sưng, hạch nách, áp xe), sốt rét (tiền sử ở vùng sốt rét hay mới từ vùng sốt rét trở về), thương hàn...

2.6. Đau bụng dữ dội

- Cán bộ y tế tiến hành hỏi: tuổi thai, đau bụng từ bao giờ, có nôn mửa không, có kèm theo sốt không.
- Khám mạch, huyết áp, thân nhiệt, khám nắn bụng để tìm các dấu hiệu ngoại khoa ở vùng bụng. Tiến hành khám phụ khoa đánh giá tình trạng tử cung và các phần phụ.
- Những bệnh cảnh cấp cứu thường gặp: u buồng trứng xoắn, viêm ruột thừa, sỏi tiết niệu và viêm thận,

bể thận, thai ngoài tử cung vỡ, dọa sảy và sảy, chuyển dạ đẻ kéo dài, nhiễm khuẩn ối, nhau bong non, dọa vỡ và vỡ tử cung, các bệnh ngoại khoa khác.

3. Cách xử trí ban đầu đối với các ca cấp cứu sản khoa

3.1. Cấp cứu do tai biến chảy máu

- Nếu chảy máu khi thai nghén sớm, thái độ xử trí như sau:

+ Trường hợp chảy máu do thai đang sảy (sảy thường cũng như sảy trứng): không được nạo, hút ở tuyến xã nhưng nếu thấy khối thai thập thò ở cổ tử cung (sảy thai thường) thì dùng ngón tay hoặc kẹp hình tim lấy ra.

+ Trường hợp sảy không hoàn toàn (không trọn): ở tuyến xã không được nạo hoặc hút mà chuyển lên tuyến trên.

+ Nếu sảy thai, sảy trứng vẫn còn chảy máu nhiều có thể tiêm bắp thuốc co tử cung như ergometrin hoặc oxytocin trước khi chuyển lên tuyến trên.

+ Nếu chảy máu trong do thai ngoài tử cung vỡ thì cần chuyển người bệnh lên tuyến trên càng sớm càng tốt. Nếu người bệnh bị sốc thì hồi sức tích cực và yêu cầu tuyến trên hỗ trợ ngay.

- Nếu chảy máu khi thai nghén muộn hoặc khi chuyển dạ (do nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ tử cung), thái độ xử trí như sau:

+ Trường hợp nhau tiền đạo: không được khám âm đạo, cho thuốc giảm co tử cung như papaverin (tiêm bắp), hoặc cho ngậm salbutamol và tìm cách chuyển ngay sản phụ lên tuyến trên để thực hiện phẫu thuật.

+ Trường hợp nhau bong non: tiêm thuốc giảm co rồi chuyển ngay lên tuyến trên để thực hiện phẫu thuật. Nếu sản phụ bị sốc, cần hồi sức tích cực và yêu cầu tuyến trên chi viện.

+ Trường hợp dọa vỡ tử cung: thông tiểu, tiêm bắp thuốc giảm co (một trong các loại papaverin, morphin, sedusen). Cần chuyển gấp lên tuyến trên để thực hiện phẫu thuật.

+ Trường hợp nghi vỡ tử cung: tập trung hồi sức chống sốc và nếu có thể chuyển được thì chuyển ngay đến cơ sở phẫu thuật gần nhất. Nếu sản phụ bị sốc nặng thì cần yêu cầu tuyến trên hỗ trợ ngay.

- Nếu chảy máu sau đẻ, thái độ xử trí như sau:

+ Phải tìm mọi cách cầm máu ngay (chẹn động mạch chủ, ép tử cung ngoài thành bụng, ép tử cung bằng hai tay trong và ngoài, bóc nhau hoặc kiểm soát tử cung; cặp các mạch máu đang phun ra từ các vết rách; tiêm thuốc co tử cung,...).

+ Truyền dịch hồi sức chống sốc nếu có biểu hiện sốc hoặc có thể bị sốc.

+ Chuyển khẩn cấp lên tuyến trên để có hướng điều trị thích hợp nhất.

+ Nếu tình trạng sản phụ quá nặng thì cần tiến hành hồi sức, theo dõi và yêu cầu tuyến trên chi viện khẩn cấp.

- Hướng xử trí chung đối với các ca cấp cứu do tai biến chảy máu:

+ Tập trung tối đa nhân viên để cùng nhau tiến hành sơ cứu cho sản phụ.

+ Tư vấn, giải thích cho sản phụ và gia đình về tình trạng bệnh và phương hướng xử trí của tuyến xã (chuyển tuyến, hồi sức, chờ tuyến trên hỗ trợ,...).

+ Nếu có biểu hiện của sốc hoặc có thể đưa đến sốc phải thực hiện hồi sức ngay bằng truyền dịch tĩnh mạch natri clorua 0,9% hoặc ringer lactate và thông báo để chuyển lên tuyến trên.

+ Trong khi chờ chuẩn bị chuyển gấp lên tuyến trên cần theo dõi chặt chẽ về thân nhiệt, nhịp thở, huyết áp.

3.2. Cấp cứu do hôn mê

Nếu xảy ra hôn mê cần thực hiện chuyển ngay lên tuyến trên. Cần thực hiện tiêm bắp diazepam hoặc sedusen 10 mg, thông nước tiểu trước khi chuyển. Nếu sản phụ bị sản giật, cần thực hiện tiêm bắp diazepam 10 mg và magnesi sulfat 15% để phòng sản phụ cắn vào lưỡi, hít phải đờm dãi, ngã rồi thực hiện chuyển tuyến (ủ ấm, thở oxy nếu có).

3.3. Cấp cứu do sốt cao

- Nếu sốt cao trong khi có thai:

+ Phải chuyển lên tuyến trên để điều trị thích hợp.

+ Trước khi chuyển có thể cho kháng sinh tiêm bắp nếu nghi do nhiễm khuẩn ối, sảy thai nhiễm khuẩn.

+ Không được nạo sót nhau tại tuyến xã dù có thể biết nguyên nhân sốt cao là do sót nhau.

- Nếu sốt cao sau đẻ vì nhiễm khuẩn hậu sản:

+ Cần hạ nhiệt bằng cách cho uống nước, đắp khăn ướt, cho thuốc co tử cung và kháng sinh rồi chuyển gấp lên tuyến trên.

+ Không được nạo hút buồng tử cung dù có sót nhau sau đẻ.

+ Trường hợp sốt nhẹ và vừa, được chẩn đoán là nhiễm khuẩn sau đẻ tại tầng sinh môn, do viêm tuyến vú hoặc viêm niêm mạc tử cung thì có thể điều trị tại tuyến xã bằng kháng sinh, thuốc co tử cung và thuốc hạ sốt nhưng sau 3 ngày nếu không hết sốt cần chuyển ngay lên tuyến trên để có hướng điều trị thích hợp.

- Nếu sốt cao do các bệnh nội, ngoại khoa khác thì cần chuyển ngay lên tuyến trên để có hướng điều trị thích hợp.

3.4. Cấp cứu do đau bụng dữ dội

- Phải chuyển ngay đến cơ sở phẫu thuật gần nhất và không được tiêm bất cứ thuốc giảm đau nào.

- Nếu nghi do thai ngoài tử cung bị vỡ đang có sốc phải hồi sức bằng truyền dịch và yêu cầu tuyến trên hỗ trợ.

4. Những công việc cần làm để chuyển bệnh nhân an toàn lên tuyến trên

Để việc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên được an toàn nhất, về nguyên tắc, nhân lực, các phương tiện thông tin liên lạc và vận chuyển cấp cứu phải luôn luôn sẵn sàng. Khi chuyển lên tuyến trên cần mang theo hồ sơ của sản phụ ghi đủ các thông tin tối thiểu sau:

+ Về nhân thân người bệnh: tên, tuổi, địa chỉ,...

+ Tiền sử sản khoa: PARA, tuổi thai, bệnh lý giai đoạn trước và sau khi có thai (đặc biệt tiền sử băng huyết khi sinh, mổ đẻ, đẻ khó,...).

+ Lý do chuyển tuyến.

+ Các biện pháp đã sơ cứu và loại thuốc đã dùng cho sản phụ.

4.1. Về nhân lực

- Nhân viên y tế của trạm y tế tuyến xã cần thường xuyên có mặt thường trực 24h/24h/ngày.

- Lập danh sách đội phản ứng cấp cứu, ghi rõ họ tên và địa chỉ của từng người, thông báo cho họ nhiệm vụ của họ khi cần người vận chuyển cấp cứu.

- Có sự phân công cụ thể khi lên lịch trực cấp cứu vào ban đêm.

- Khi chuyển tuyến nhất thiết cần phải có nhân viên y tế hộ tống với túi thuốc cấp cứu, túi chứa oxy (nếu có), kể cả dụng cụ và túi đỡ đẻ sạch đi kèm (đề phòng trường hợp phải đỡ đẻ dọc đường).

4.2. Về phương tiện thông tin liên lạc

Mỗi trạm y tế tối thiểu cần được trang bị một máy điện thoại và danh bạ điện thoại ghi rõ số điện thoại của một số cơ sở y tế tuyến trên (tuyến huyện, tỉnh) để liên lạc xin giúp đỡ hoặc xin ý kiến chỉ đạo điều trị trong lúc chờ đợi; đồng thời thông báo việc vận chuyển người bệnh để tuyến trên bố trí người và phương tiện cấp cứu ngay khi người bệnh được chuyển đến cơ sở y tế đó.

4.3. Về phương tiện vận chuyển cấp cứu

- Luôn sẵn có phương tiện như cáng, võng, đòn khiêng, xe... tại trạm y tế để chuyển người bệnh.

- Nếu có thể cần có chế độ hợp đồng cụ thể với các chủ phương tiện xe máy, ô tô, chủ thuyền bè ở gần trạm y tế để có thể huy động vào bất cứ lúc nào khi cần tiến hành chuyển lên tuyến trên.

- Tùy vào hoàn cảnh của trạm y tế, hoàn cảnh địa lý, nhân viên trạm y tế sẽ lựa chọn phương tiện thích hợp nhất để chuyển tuyến.

4.4. Một số lưu ý khi vận chuyển sản phụ

- Giữ ấm cho sản phụ nhưng không ủ quá nhiều chăn, nhất là khi có sốt cao hoặc tình trạng sốc.

- Đặt người bệnh ở tư thế nằm thích hợp:

+ Tư thế nửa nằm nửa ngồi cho các ca khó thở, bệnh tim.

+ Tư thế đầu thấp, chân cao và nằm nghiêng một bên cho các ca có sốc (nếu thai còn trong bụng thì nên đặt nghiêng bên trái).

+ Tư thế chổng mông (đầu gối - ngực) cho những ca sa dây nhau.

+ Trường hợp băng huyết do đờ tử cung sau đẻ vẫn còn rỉ máu, cán bộ y tế cần ngồi cạnh sản phụ, ép tử cung bằng hai tay ngoài thành bụng hoặc băng chặt bụng (vùng tử cung) bằng một khăn vải to để hạn chế chảy máu.

ĐỠ ĐẺ TẠI NHÀ VÀ XỬ TRÍ ĐẺ RƠI

1. Đỡ đẻ tại nhà

Đỡ đẻ tại nhà là điều không khuyến khích ở nước ta. Tuy nhiên, ở một số vùng, miền núi xa xôi hẻo lánh, đồng bào vẫn còn tập quán sinh đẻ tại nhà, tự đẻ tự đỡ hoặc mời bà mụ đến nhà đỡ. Trong trường hợp đó nếu sản phụ được người đã được đào tạo về đỡ đẻ chăm sóc thì có thể giảm nhiều tai biến nguy hiểm cho sản phụ và ngược lại.

1.1. Chuẩn bị

- Nơi đẻ: phải sạch sẽ, an toàn, không bị lạnh, cần bảo đảm tính riêng tư, kín đáo.

- Có sẵn gói đỡ đẻ sạch hoặc túi đỡ đẻ lưu động của trạm y tế xã.

- Có các đồ dùng cần thiết để rửa tay (ấm nước đun sôi để nguội, xà phòng, chậu sạch), đựng bánh nhau, hứng nước ối và máu, quần áo, tã lót cho trẻ sơ sinh, khăn sạch để lau bé...

1.2. Công việc cần làm trước khi bắt tay vào đỡ đẻ

- Nếu sản phụ chưa đẻ ngay: khuyên sản phụ đi đại tiện, tiểu tiện. Nếu có thể thì tắm nhanh. Người đỡ đẻ cần thân mật trò chuyện, động viên, an ủi sản phụ, tạo tâm lý thoải mái cho sản phụ trước sinh.

- Giúp sản phụ nằm trên giường đúng tư thế đẻ.

- Rửa sạch vùng sinh dục và bẹn, đùi, hậu môn.

- Trải tấm nilon sạch dưới lưng và mông.

- Người đỡ đẻ cắt ngắn móng tay và rửa tay sạch với xà phòng (có người nhà sản phụ giúp dùng gáo dội).

- Đi găng vô khuẩn (trong túi đỡ đẻ sạch nếu có).

1.3. Các điều kiện cần và đủ để bắt tay vào đỡ đẻ

- Đầu thai đã thập thò bên ngoài âm hộ.

- Ối đã vỡ (hoặc nếu màng ối còn trùm phía trước đầu thai thì phải bấm ối).

- Khi có cơn co tử cung sản phụ mót rặn và khi rặn, tầng sinh môn giãn dài, lỗ hậu môn loe rộng, mất gần hết vết nhăn chung quanh.

1.4. Các bước thực hiện đỡ thai

- Động viên sản phụ rặn khỏe, dài hơi, đúng kỹ thuật.

- Thời gian nghỉ (ngoài cơn co), người đỡ đẻ nghe lại nhịp tim thai, khuyên sản phụ hít sâu, thở ra từ từ, đều đặn. Cần giúp sản phụ lau mồ hôi, cho uống nước, chuyện trò với họ trong lúc chờ cơn rặn tiếp.

- Trong mỗi cơn rặn đó, giữ tầng sinh môn vít nhẹ cho đầu cúi tốt hơn.

- Khi chỏm ra nhiều hơn thì làm thao tác ngửa đầu dần lên để sổ mặt và đầu. Giữ tầng sinh môn tránh bị rách.

- Để đầu thai tự quay sang thế chẩm ngang (trái hoặc phải).

- Kiểm tra xem có dây rốn quấn cổ không. Nếu có khi đỡ phần vai phải gỡ dây rốn quấn cổ đó.

- Làm thao tác kéo thai xuống phía chân để đỡ vai trước.

- Làm thao tác nâng, kéo thai lên phía trên để sổ vai sau, giữ tầng sinh môn để không bị rách.

- Đỡ thân và chi dưới của thai khi thai sổ hẳn ra ngoài, giữ thai nằm ngang rồi đặt sấp lên bụng mẹ để cặp, cắt (hoặc buộc) dây rốn khi dây rốn hết đập.

1.5. Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ

1.5.1. Nếu có dụng cụ cặp, cắt rốn bằng kéo sau khi sổ thai

- Cặp kẹp thứ nhất vào dây rốn cách bụng trẻ sơ sinh một đoạn khoảng 20 cm.

- Vuốt dây rốn từ vị trí kẹp thứ nhất về phía người mẹ rồi cặp kẹp thứ hai cách kẹp thứ nhất khoảng 2 cm.

- Dùng kéo cắt dây rốn ở giữa 2 cặp kẹp đó.

- Đưa trẻ ra nơi làm rốn, sử dụng các dụng cụ có trong túi đỡ đẻ sạch.

1.5.2. Cắt rốn và làm rốn ngay sau đẻ bằng dụng cụ có trong túi đỡ đẻ sạch

- Đặt bé nằm trên bụng mẹ (có lót khăn sạch và có người nhà giữ bé).

- Đặt một miếng gạc lên bụng bé, sát với chân cuống rốn.

- Dùng bông thấm cồn 70^0 bôi từ chân rốn lên cao khoảng 5 - 6 cm. Không để cồn rơi xuống da bụng trẻ.

- Dùng sợi chỉ thứ nhất buộc chặt nút đầu tiên cách chân rốn khoảng 2 cm.

- Cũng buộc như thế nút thứ hai phía ngoài nút buộc thứ nhất 1 cm (cách chân rốn khoảng 3 cm).

- Buộc nút thứ ba cách nút thứ hai 1 cm.

- Nâng dây rốn lên bằng sợi chỉ mới buộc rồi dùng lưỡi dao bào cắt đứt dây rốn ở giữa nút buộc thứ hai và thứ ba.

- Khi đã cắt xong, dùng miếng gạc trên bụng bé bóp vào cuống rốn xem có rỉ máu không. Nếu máu còn rỉ ra cần buộc thêm một nút chỉ nữa ở giữa 2 nút chỉ đã có trên cuống rốn.

- Cầm sợi chỉ nâng cuống rốn bôi cồn sát khuẩn từ mặt cắt của nó trở xuống đến chân rốn.

- Thay miếng gạc mới trên bụng bé. Đặt đầu cuống rốn vào giữa miếng gạc, cắt chỉ thừa và để hở rốn.

- Kiểm tra bé xem có bị dị tật không (chú ý đến hậu môn) rồi mặc áo, quấn tã cho bé.

- Giao bé cho mẹ bế và vận động mẹ cho bú ngay.

1.6. Đỡ nhau và kiểm tra nhau

Thường sau khi làm rốn cho bé xong thì nhau cũng có thể đã bong. Việc đỡ nhau và kiểm tra nhau tùy thuộc vào phương pháp xử trí nào có sẵn để thực hiện:

1.6.1. Nếu có thuốc oxytocin: tiêm vào bắp đùi 10 mg ngay khi đỡ thai ra ngoài thì có thể đỡ nhau như sau (theo cách xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ):

- Đầu tiên đặt tay lên bụng sản phụ xem tử cung đã co lại tốt chưa. Nếu co chưa tốt thì phải xoa bóp bên ngoài cho đến khi tử cung co chặt thành "quả cầu an toàn" mới làm bước tiếp theo.

- Một tay xòe ra đặt trên bụng dưới sản phụ để ngón cái ở một bên, 4 ngón còn lại ở bên đối diện, hơi đẩy tử cung lên phía rốn và chẹn giữ nó tại chỗ trong khi tay còn lại cầm giữ dây nhau kéo từ từ với lực tăng dần theo hướng chúc đầu xuống phía dưới, sau kéo ngang và cuối cùng hướng lên trên cho bánh nhau ra từ từ.

- Khi bánh nhau sắp ra ngoài thì hạ thấp dây rốn xuống cho bánh nhau rơi, kéo theo màng nhau ra luôn.

- Trường hợp màng nhau không tuột ra thì hai bàn tay cầm bánh nhau xoắn lại nhiều vòng để màng sẽ ra dần.

- Trước khi kiểm tra nhau cần nắn bụng dưới đánh giá co hồi tử cung và quan sát âm hộ xem có bị chảy máu không.

1.6.2. Nếu không có thuốc oxytocin: muốn đỡ nhau phải làm "nghiệm pháp bong nhau" để biết nhau đã bong mới được đỡ bằng cách:

- Đặt tay lên bụng dưới sản phụ, ấn nhẹ xuống vùng trên xương mu để đẩy vào đoạn dưới tử cung (thân tử cung sẽ bị đẩy lên trên).

- Nếu thấy dây rốn không bị kéo theo lên trên (có khi còn dài thêm ra ngoài âm hộ) thì chứng tỏ nhau đã bong và có thể thực hiện việc đỡ nhau. Nếu dây rốn còn bị kéo theo lên khi ấn trên xương mu thì phải chờ tới khi nào nhau bong mới được đỡ.

- Cách đỡ như sau: một tay cầm dây rốn nâng lên cao, tay kia đặt lên bụng, phía đáy tử cung, đẩy theo hướng rốn - mu với lực tăng dần để đẩy bánh nhau ra.

- Cách đỡ màng nhau cũng làm như phần trên đã mô tả.

1.7. Kiểm tra nhau

- Đặt bánh nhau trên một cái khay hay chậu.

- Cầm dây rốn nâng bánh nhau lên, vuốt nhẹ màng nhau xuống.

- Quan sát lỗ rách của màng: nếu lỗ rách tròn, đều thì màng đủ, nếu lỗ rách nham nhở thì có thể sót một ít màng.

- Quan sát các mạch máu trên mặt màng của bánh nhau để phát hiện bánh hoặc múi nhau phụ.

- Đặt bánh nhau xuống khay cho mặt múi của nó ngửa lên, gạt máu cục ra ngoài để quan sát các múi nhau. Mặt múi nhau nhẵn, mịn, màu đỏ thẫm. Nếu trên mặt múi có vùng nào bị khuyết thì phần nhau ở nơi khuyết đó đang còn sót lại trong tử cung.

1.8. Chăm sóc sản phụ sau khi đỡ đẻ

- Kiểm tra xem tử cung có co tốt không, có vết rách nào ở đường sinh dục không. Hỏi cảm giác

sản phụ, quan sát da, niêm mạc và bắt mạch đánh giá tình trạng toàn thân sau sinh.

- Rửa lại vùng sinh dục, lau khô và giúp đóng khố (khăn vệ sinh), mặc áo quần cho sản phụ.

- Thu dọn dụng cụ đỡ đẻ, vệ sinh nơi đỡ đẻ.

- Cho sản phụ ăn nhẹ, nóng hợp khẩu vị (cháo, sữa, phở,...).

- Vận động cho con bú sớm ngay sau đẻ (còn có tác dụng ngăn ngừa chảy máu sau đẻ).

- Trong vòng hai giờ sau đẻ, cứ 15 phút lại bắt mạch và nắn bụng đánh giá co hồi tử cung, quan sát khăn vệ sinh đánh giá lượng máu. Nếu tử cung mềm thì phải xoa nắn cho co lại và mời cán bộ y tế xã đến xử trí tiếp.

2. Xử trí đẻ rơi

Đẻ rơi là tình trạng đẻ không được dự kiến trước, xảy ra ngoài ý muốn ở những nơi không phù hợp với việc sinh đẻ như: tại nơi đang làm việc (công sở, nhà máy, cánh đồng...) hoặc trên đường, trên tàu xe... (đi làm hay đi đến cơ sở y tế).

Xử trí đẻ rơi được thực hiện khẩn cấp, ngay tại chỗ và tùy theo tình huống cụ thể của sản phụ lúc đó. Trước hết, phải nhanh chóng giải phóng trẻ sơ sinh khỏi quần hoặc váy áo của sản phụ; sau đó:

2.1. Nếu có sẵn túi đỡ đẻ sạch

Xé ngay bao gói để sử dụng các vật liệu đã có sẵn trong đó:

- Trải tấm nilon ngay nơi bà mẹ đẻ rơi, đặt cháu bé nằm vào đó, ủ ấm bé bằng bất cứ thứ gì có thể có được ở bà mẹ và người xử trí (khăn, áo, giấy báo...).

- Lấy các sợi chỉ buộc rốn trong gói này buộc chặt dây rốn ở vị trí càng xa da bụng bé càng tốt.

- Không được cắt dây rốn.

- Chuyển bé cho mẹ ôm sát vào người để hạn chế bị nhiễm lạnh.

- Tìm mọi cách chuyển hai mẹ con về trạm y tế gần nhất để được chăm sóc tiếp.

- Tại cơ sở điều trị, mẹ sẽ được lấy nhau, theo dõi và xử trí chảy máu, nhiễm khuẩn; con sẽ được làm rốn lại, cả hai sẽ được tiêm huyết thanh chống uốn ván.

2.2. Nếu không có sẵn túi đỡ đẻ sạch

- Ngay lập tức ủ ấm cháu bé bằng mọi đồ vải có sẵn tại chỗ.

- Tìm một sợi dây nhỏ, mềm, bất cứ là dây gì (dây rút, dây xé từ vạt áo hay khăn mùi xoa, dây buộc đồ...) để buộc chặt dây rốn, càng xa nơi bám của nó ở bụng bé càng tốt.

- Không được cắt dây rốn.

- Trao bé cho mẹ ôm ấp và tìm mọi cách chuyển ngay đến cơ sở y tế gần nhất để xử trí cho mẹ, cho con như phần trên.

CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY CHUYỂN DẠ

Gây chuyển dạ hoặc khởi phát chuyển dạ là sự tác động của thầy thuốc làm cho cuộc chuyển dạ bắt đầu không phải cuộc chuyển dạ tự nhiên để chấm dứt thai kỳ.

1. Chỉ định

- Ối đã vỡ nhưng chưa chuyển dạ, màng ối vỡ nhưng chưa có cơn co tử cung hoặc cơn co yếu, cạn ối.
- Thai quá ngày sinh.
- Bệnh lý của mẹ như: tăng huyết áp, tiền sản giật, ung thư cần đình chỉ thai nghén, bệnh tim nhưng chưa suy tim mà ối bị vỡ non, bệnh chất tạo keo.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Thai có dị tật bẩm sinh nặng có chỉ định đình chỉ thai nghén.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.

2. Chống chỉ định

- Test không đả kích và đả kích có biểu hiện bệnh lý.
- Bất tương xứng thai - khung chậu.
- Ngôi bất thường không có chỉ định đẻ đường dưới.
- Nhau tiền đạo.
- Sẹo mổ cũ trên tử cung.
- Sa dây rốn (thai sống).

- Herpes sinh dục.

- Các bệnh lý mạn tính nghiêm trọng của mẹ như suy tim, tiền sản giật nặng, sản giật... có thể chỉ định phẫu thuật lấy thai.

3. Đánh giá trước khi gây chuyển dạ

3.1. Về phía mẹ

- Đánh giá lại khung chậu.
- Đánh giá cổ tử cung (qua chỉ số Bishop).
- Xem lại các nguy cơ cũng như các lợi ích của gây chuyển dạ.

3.2. Về phía thai

- Xác định tuổi thai.
- Ước lượng cân nặng thai nhi.
- Xác định ngôi thai.

+ Nếu chỉ số Bishop < 5 thì làm chín muồi cổ tử cung bằng prostaglandin trước khi gây chuyển dạ.

+ Nếu chỉ số Bishop ≥ 5 thì gây chuyển dạ bằng một trong các phương pháp dưới đây (Xem Mục 4).

4. Các phương pháp gây chuyển dạ

4.1. Bóc tách màng ối

Khám âm đạo, đưa ngón tay vào giữa màng ối và cổ tử cung, đầu ngón tay phải áp sát cổ tử cung để tách màng ối ra khỏi thành cổ tử cung và đoạn dưới tử cung.

4.2. Bấm ối

- Bấm ối chỉ thực hiện được khi cổ tử cung đã mở, bằng cách dùng 1 kim chọc dò dài hoặc 1 cành Kocher để gây thủng màng ối, sau đó dùng ngón tay

xé rộng màng ối. Có thể bấm ối đơn thuần hoặc kết hợp với truyền oxytocin.

- Đánh giá số lượng và màu sắc dịch ối.
- Theo dõi nhịp tim thai trước và ngay sau khi bấm ối.

4.3. Bóng Foley

Đưa một thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung. Bơm 10 ml huyết thanh mặn 0,9% làm phồng bóng cao su tạo áp lực giúp cho cổ tử cung xóa và mở. Khi cổ tử cung mở được 3 cm, thông sẽ tự tuột ra ngoài và cuộc chuyển dạ được khởi phát. Có thể kết hợp với truyền tĩnh mạch oxytocin nếu cần.

Ngoài ra, có thể sử dụng các phương pháp prostaglandin, bấm ối kết hợp với truyền oxytocin. Tuy nhiên, các phương pháp này chỉ được tiến hành tại cơ sở có điều kiện phẫu thuật.

Lưu ý: Đối với những thuốc có thể kìm hãm trung tâm hô hấp của thai nhi, chỉ nên dùng khi cổ tử cung đã mở từ 5 - 6 cm, thai có khả năng lọt và sổ trong một thời gian ngắn.

KỸ THUẬT BẤM ỐI

Bấm ối là một thủ thuật được làm trong quá trình chuyển dạ đẻ, khi cổ tử cung đã xóa mở, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.

1. Chỉ định

- Màng ối dày, cổ tử cung không tiến triển.
- Gây đẻ chỉ huy hay làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm hoặc đẻ thai thứ 2 trong đẻ sinh đôi.
- Nhau bám bên, bám mép chảy máu.
- Bấm ối cho nước ối chảy ra từ từ trong trường hợp đa ối.
- Bấm ối khi cổ tử cung mở hết.
- Một số bệnh lý của người mẹ cần bấm ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, tiền sản giật nặng khi cổ tử cung đã mở từ 4 cm trở lên.

2. Chống chỉ định

- Chưa chuyển dạ thực sự.
- Sa dây rốn trong bọc ối.
- Cổ tử cung chưa mở hết trong ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.

3. Chuẩn bị

- Phương tiện: một kim dài 15 - 20 cm đầu tù có nòng hoặc 1 cành của kẹp Kocher có răng.
- Sản phụ: nằm trên bàn đẻ, tư thế sản khoa, thở đều, không rặn.

4. Các bước tiến hành

- Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn.

- Đeo găng vô khuẩn.

- Trước khi bấm ối, kiểm tra lại xem có sa dây rốn trong bọc ối không.

- Trong ngôi đầu, đầu ối dẹt thì nên bấm trong cơn co tử cung, đầu ối phồng bấm ngoài cơn co.

- Đối với ngôi mông, nên bấm ối ngoài cơn co tử cung chỉ khi cổ tử cung mở hết, cho nước ối chảy ra từ từ rồi mới xé rộng màng ối.

- Đối với ngôi vai (thai thứ 2) khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì chọc đầu ối, đưa được cả bàn tay vào buồng tử cung và nắm lấy chân thai nhi làm nội xoay. Vì vậy, sau khi chọc ối và xé màng ối, phải đưa ngay cả bàn tay vào buồng tử cung, vừa tìm chân thai nhi vừa ngăn không cho nước ối chảy ồ ạt ra ngoài.

- Nếu bấm ối trong nhau tiền đạo bám thấp, bám mép, sau khi chọc đầu ối, xé rộng màng ối song song với bờ bánh nhau, tránh xé vào bánh nhau gây chảy máu.

- Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu thấp, mông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài cơn co tử cung, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này nếu để nước ối chảy ào ra ngoài, dễ gây bong nhau và sa dây rốn hoặc ngôi có thể trở thành bất thường.

5. Theo dõi và xử lý tai biến

- Sau khi bấm ối phải kiểm tra lại xem có sa dây rốn hay không và ngôi thai có thay đổi gì không để có hướng xử lý kịp thời. Sau cùng nghe lại tim thai, rồi nhận định màu sắc và lượng nước ối.

- Nếu sau khi bấm ối bị sa dây rốn, phải cho sản phụ nằm tư thế đầu gối - ngực (đầu thấp, mông cao), dùng 2 ngón tay đẩy ngôi thai lên tránh đè vào dây rốn và phẫu thuật lấy thai ngay. Nếu chảy máu sau bấm ối hay nước ối bất thường (có máu hoặc lẫn phân su) phải tìm nguyên nhân để xử lý kịp thời.

BÓC NHAU NHÂN TẠO

Bóc nhau nhân tạo là thủ thuật đưa tay vào buồng tử cung để lấy nhau ra sau khi thai đã sổ.

1. Chỉ định

- Nếu xử trí giai đoạn 3 của chuyển dạ thất bại thì phải bóc nhau.

- Chảy máu trong thời kỳ sổ nhau khi nhau còn trong tử cung (được thực hiện ở tuyến xã trở lên).

- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của buồng tử cung sau khi sổ thai.

Chú ý: Nếu sản phụ đang choáng, phải hồi sức trước rồi mới bóc nhau nhân tạo.

2. Chuẩn bị

2.1. Cán bộ chuyên khoa

Thủ thuật viên rửa tay đến khuỷu, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

2.2. Phương tiện

- Thuốc giảm đau sử dụng một trong các loại sau đây:

+ Dolosal 0,10 g, hoặc:

+ Fentanyl 1%, tiêm tĩnh mạch chậm 50 mcg (nơi có bác sĩ), hoặc:

+ Diazepam 5 mg/ml, tiêm tĩnh mạch chậm (nơi có bác sĩ).

- Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.

2.3. Sản phụ

- Được tư vấn trước khi làm thủ thuật.

- Thông đái, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.

- Giảm đau.

3. Các bước tiến hành

- Kháng sinh dự phòng uống hoặc tiêm.

- Đưa tay vào tử cung lần theo dây rốn tới vùng nhau bám, dùng bờ trong của bàn tay tách bánh nhau khỏi thành tử cung. Nếu bàn tay không đưa được vào buồng tử cung, thủ thuật viên nên chờ một lát, cho thuốc giảm co (2 mg glycerol trinitrat dưới lưỡi) rồi dùng tay nong từ từ để vào buồng tử cung.

- Tay trên bụng cố định đáy tử cung.

- Khi nhau bong hết thì tay trong tử cung đẩy bánh nhau ra ngoài.

- Sau khi bóc nhau nhân tạo phải kiểm soát buồng tử cung ngay.

- Thuốc co tử cung:

+ Oxytocin 5 mg, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch hoặc/và:

+ Ergometrin 0,2 mg, tiêm bắp hoặc:

+ Misoprostol 200 mcg ngậm dưới lưỡi 1 - 2 viên hoặc đặt hậu môn 3 - 4 viên.

- Nếu không bóc được bánh nhau vì nhau bám chặt hoặc nhau cài răng lược thì không được cố sức bóc, phải chuyển phẫu thuật cắt tử cung.

4. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.

- Co hồi tử cung và lượng máu chảy từ tử cung ra.

5. Xử trí

- Choáng do đau hoặc do mất máu (tham khảo phần *Choáng sản khoa*).

- Giữ cho tử cung co tốt (tham khảo phần *Chảy máu sau đẻ*).

- Nếu tử cung vẫn không co dù đã dùng thuốc co tử cung cần kiểm soát lại tử cung để lấy hết máu cục và nhau sót.

- Nếu máu tiếp tục chảy trong khi tử cung co tốt phải kiểm tra tổn thương ở cổ tử cung và âm đạo. Cần cho kháng sinh điều trị nếu nghi ngờ có nhiễm khuẩn.

KIỂM SOÁT TỬ CUNG

Kiểm soát tử cung là thủ thuật tiến hành sau khi nhau đã sổ hoặc ngay sau khi bóc nhau nhân tạo để kiểm tra xem có sót nhau hoặc sót màng và sự toàn vẹn của tử cung.

1. Chỉ định

- Chảy máu sau khi sổ nhau.
- Sót nhau, sót màng.
- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.
- Tử cung có sẹo mổ cũ.

Chú ý: Nếu sản phụ đang choáng, phải hồi sức sau đó mới kiểm soát tử cung.

2. Chuẩn bị

Người làm thủ thuật phải rửa tay trước khi tiến hành phẫu thuật, đội mũ, đeo găng, mặc áo vô khuẩn.

Phương tiện: Tham khảo phần *Bóc nhau nhân tạo*.

Sản phụ: Tham khảo phần *Bóc nhau nhân tạo*.

3. Các bước tiến hành

- Đưa tay vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung, rồi kiểm tra lần lượt: đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Một tay đặt trên bụng để cố định tử cung. Nếu thấy các mảnh nhau và các màng nhau thì vét

nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không. Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay ra nhiều lần.

- Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi không tốt thì tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng, dùng tay bên ngoài xoa bóp tử cung tới khi tử cung co chặt thì mới rút tay ra.

- Về thuốc: tham khảo phần *Bóc nhau nhân tạo*.

MỤC LỤC

Chịu trách nhiệm xuất bản
Q. GIÁM ĐỐC - TỔNG BIÊN TẬP
PHẠM CHÍ THÀNH

Chịu trách nhiệm nội dung
PHÓ GIÁM ĐỐC - PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
TS. ĐỖ QUANG DŨNG

Biên tập nội dung:	ThS. PHẠM THỊ KIM HUẾ
	ThS. HOÀNG NGỌC ĐIỆP
Trình bày bìa:	ĐẶNG THU CHỈNH
Chế bản vi tính:	PHƯƠNG HOA
Sửa bản in:	NGUYỄN THANH PHƯƠNG
	ĐỖ THỊ TÌNH
Đọc sách mẫu:	NGỌC ĐIỆP

NHÀ XUẤT BẢN CHÍNH TRỊ QUỐC GIA SỰ THẬT; Số 6/86 Duy Tân, Cầu Giấy, Hà Nội
ĐT: 080.49221 Fax: 080.49222 Email: suthat@nxbctqg.vn Website: www.nxbctqg.vn

TÌM ĐỌC SÁCH

GS.TSKH. Hoàng Tích Huyền
- CẨN THẬN VỚI TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC

Thầy thuốc ưu tú, BS. Quách Tuấn Vinh
- THỰC PHẨM VỚI BỆNH UNG THƯ

PGS.TS.BSCC. Trần Đình Toán
- ĂN UỐNG - PHÒNG VÀ CHỮA BỆNH
Ở NGƯỜI CÓ TUỔI





SÁCH KHÔNG BÁN